



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia wtorek, 21 czerwca 2022 r.

Poz. 65

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 21 czerwca 2022 r.

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

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, 583 i 974) ustala się na dzień 1 lipca 2022 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 lipca 2019 r., od dnia 1 września 2019 r., od dnia 1 listopada 2019 r., od dnia 1 stycznia 2020 r., od dnia 1 marca 2020 r., od dnia 1 maja 2020 r., od dnia 1 lipca 2020 r., od dnia 1 września 2020 r., od dnia 1 listopada 2020 r., od dnia 1 stycznia 2021 r., od dnia 1 marca 2021 r., od dnia 1 maja 2021 r., od dnia 1 lipca 2021 r., od dnia 1 września 2021 r., od dnia 1 listopada 2021 r., od dnia 1 stycznia 2022 r., od dnia 1 marca 2022 r. oraz od dnia 1 maja 2022 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 2022-06-21 (poz. 65)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2022-07-01

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 9 | Acebutololum | Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990110018 | 2022-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,31 | 20,40 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,71 |
| 10 | Acenocoumarolum | Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909990055715 | 2022-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 8,32 | 11,86 | 11,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,12 |
| 11 | Aciclovirum | Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991413590 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 9,70 | 13,74 | 12,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,57 |
| 12 | Aciclovirum | Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991413675 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 15,66 | 22,00 | 22,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,00 |
| 13 | Aciclovirum | Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg | 30 szt. | 05909991413736 | 2021-09-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 31,32 | 41,47 | 41,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,74 |
| 14 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991049515 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 9,72 | 13,75 | 12,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,58 |
| 15 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991052218 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 16,20 | 22,57 | 22,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,29 |
| 16 | Aciclovirum | Hascovir, tabl., 800 mg | 30 szt. | 05909990835782 | 2022-05-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 32,40 | 42,60 | 42,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,30 |
| 17 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990840014 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 11,52 | 15,64 | 12,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,47 |
| 18 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990840113 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 21,03 | 27,64 | 24,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,29 |
| 19 | Aciclovirum | Heviran, tabl. powł., 800 mg | 30 szt. | 05909990840229 | 2022-01-01 | 3 lata | 115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego | 38,87 | 49,39 | 49,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,70 |
| 20 | Acidum alendronicum | Alendran 70, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990072156 | 2022-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,26 | 11,80 | 11,80 | Osteoporoza | | 30% | 3,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 21 | Acidum alendronicum | 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 | 6,59 | 10,05 | 10,05 | Osteoporoza | | 30% | 3,02 |
| 22 | Acidum alendronicum | Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909990737673 | 2019-09-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 5,40 | 8,80 | 8,80 | Osteoporoza | | 30% | 2,64 |
| 23 | Acidum alendronicum | Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909991081713 | 2022-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,46 | 12,01 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,68 |
| 24 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909991087418 | 2022-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 8,48 | 12,03 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,70 |
| 25 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 6 szt. | 05909991087425 | 2022-01-01 | 3 lata | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 12,71 | 17,48 | 17,48 | Osteoporoza | | 30% | 5,24 |
| 26 | 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 | 8,35 | 11,90 | 11,90 | Osteoporoza | | 30% | 3,57 |
| 27 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990109319 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy | 4,00 | 5,88 | 5,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem | ryczałt | 5,88 |
| 28 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990109210 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy | 2,81 | 3,51 | 1,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem | ryczałt | 3,51 |
| 29 | Acidum mycophenolicum | Marelim, tabl. dojel., 180 mg | 120 szt. | 05909991227272 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 98,28 | 115,65 | 92,96 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 25,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------|---------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 30 | Acidum mycophenolicum | Marelim, tabl. dojel., 360 mg | 120 szt. | 05909991227319 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 206,28 | 233,05 | 185,93 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 50,32 |
| 31 | Acidum ursodeoxycholicum | Proursan, kaps., 250 mg | 90 szt. | 05909991203924 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 80,89 | 95,76 | 77,26 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 41,68 |
| 32 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990414741 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 75,60 | 90,91 | 85,84 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 30,82 |
| 33 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursocam, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909991314675 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 68,04 | 82,27 | 77,26 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 28,19 |
| 34 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursopol, kaps. twarde, 300 mg | 50 szt. | 05909990798223 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 46,35 | 57,38 | 51,50 | Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 21,33 |
| 35 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909991325794 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 66,96 | 81,84 | 81,84 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 24,55 |
| 36 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 50 szt. | 05909991325770 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy | 33,48 | 42,92 | 42,92 | Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby | cholestaza ciężarnych | 30% | 12,88 |
| 37 | Acidum valproicum | Convulex, kaps. miękkie, 500 mg | 100 szt. | 05909990023813 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 34,78 | 44,49 | 44,49 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,56 |
| 38 | Acidum valproicum | Convulex, kaps. miękkie, 500 mg | 100 szt. | 05909990023813 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 34,78 | 44,49 | 44,49 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 39 | Acidum valproicum | Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg | 100 szt. | 05909990244317 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 10,43 | 14,64 | 13,35 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 4,49 |
| 40 | Acidum valproicum | Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg | 100 szt. | 05909990244317 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 10,43 | 14,64 | 13,35 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,29 |
| 41 | Acidum valproicum | Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg | 100 szt. | 05909990244416 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 20,94 | 27,78 | 26,69 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 4,29 |
| 42 | Acidum valproicum | Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg | 100 szt. | 05909990244416 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 20,94 | 27,78 | 26,69 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,09 |
| 43 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694327 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,26 | 16,49 | 13,60 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 6,09 |
| 44 | 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 | 12,26 | 16,49 | 13,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,89 |
| 45 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991210328 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,61 | 21,42 | 21,42 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 46 | 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 | 15,61 | 21,42 | 21,42 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 47 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991229610 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,88 | 21,71 | 21,71 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 48 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. | 05909991229610 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,88 | 21,71 | 21,71 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 49 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg | 30 szt. (blist.) | 05909990694426 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 16,79 | 22,66 | 22,66 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 50 | 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 | 16,79 | 22,66 | 22,66 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 51 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 100, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 5,02 | 6,68 | 4,53 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 5,35 |
| 52 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 100, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg | 30 sasz.po 303 mg | 05909990425693 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 5,02 | 6,68 | 4,53 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 53 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 42,23 | 52,13 | 45,32 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 10,01 |
| 54 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg | 30 sasz.po 3030 mg | 05909990425754 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 42,23 | 52,13 | 45,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,81 |
| 55 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,56 | 16,33 | 11,33 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 8,20 |
| 56 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg | 30 sasz.po 758 mg | 05909990425709 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 12,56 | 16,33 | 11,33 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,00 |
| 57 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 21,11 | 27,20 | 22,66 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 7,74 |
| 58 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg | 30 sasz.po 1515 mg | 05909990425730 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 21,11 | 27,20 | 22,66 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,54 |
| 59 | Acidum valproicum + Natrii valproas | Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg | 30 sasz.po 2273 mg | 05909990425747 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 31,59 | 39,64 | 33,99 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 8,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 60 | 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 | 31,59 | 39,64 | 33,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 5,65 |
| 61 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991228392 | 2021-05-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 91,80 | 109,60 | 107,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,47 |
| 62 | Acidum zoledronicum | Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991103163 | 2020-09-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 94,82 | 112,78 | 107,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,65 |
| 63 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990975730 | 2021-05-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 83,16 | 100,53 | 100,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 64 | Acidum zoledronicum | Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 4 fiol. (5 ml) | 05909990975747 | 2021-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 365,04 | 405,20 | 405,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 65 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990948994 | 2021-07-01 | 3 lata | 146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy | 89,64 | 107,33 | 107,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 66 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 100 szt. | 05909990907755 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 138,24 | 160,91 | 160,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 67 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990907731 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 43,20 | 54,21 | 49,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,29 |
| 68 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 100 szt. | 05909990907786 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 345,60 | 384,45 | 384,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 69 | Acitretinum | Acitren, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. | 05909990907762 | 2019-09-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 103,68 | 122,80 | 122,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 70 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 100 szt. | 05909990697021 | 2022-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 138,24 | 160,91 | 160,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 71 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 10 mg | 30 szt. | 05909990854462 | 2018-01-01 | 5 lat | 53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 43,20 | 54,21 | 49,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,29 |
| 72 | Acitretinum | Neotigason, kaps., 25 mg | 100 szt. | 05909990696925 | 2022-01-01 | 3 lata | 53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna | 345,60 | 384,45 | 384,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 73 | Adrenalinum | Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909991069711 | 2022-07-01 | 3 lata | 32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego | 44,28 | 55,64 | 55,64 | Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej | | 50% | 27,82 |
| 74 | Agomelatinum | Agolek, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909991388768 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 50,65 | 62,81 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 20,34 |
| 75 | Agomelatinum | Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05901720140494 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 52,38 | 65,00 | 65,00 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,50 |
| 76 | Agomelatinum | Agomelatine Adamed, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909991387266 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 51,30 | 63,50 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 21,03 |
| 77 | Agomelatinum | Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 09008732009293 | 2022-03-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 48,60 | 60,66 | 60,66 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 18,20 |
| 78 | Agomelatinum | Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05995327174952 | 2021-09-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,63 | 61,74 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,27 |
| 79 | Agomelatinum | Lamegom, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 03838989699352 | 2021-05-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,39 | 61,49 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,02 |
| 80 | Agomelatinum | Sedival, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909991419172 | 2020-09-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,68 | 61,79 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 81 | Agomelatinum | Symago, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909991391423 | 2021-07-01 | 3 lata | 225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna | 49,39 | 61,49 | 60,67 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii | | 30% | 19,02 |
| 82 | Alergeny kurzu domowego | Novo-Helisen Depot, zawieszina 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 | 357,39 | 403,81 | 403,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,41 |
| 83 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfäbax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,97 | 24,14 | 24,14 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 84 | 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 | 13,50 | 19,45 | 19,45 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 85 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990619580 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,97 | 24,14 | 24,14 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 86 | 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 | 9,13 | 11,98 | 8,21 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,97 |
| 87 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991288457 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,85 | 18,76 | 18,76 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 88 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991392055 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,91 | 18,83 | 18,83 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,27 |
| 89 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (blister) | 05909990837816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 24,30 | 30,79 | 24,64 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 90 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990109418 | 2022-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,67 | 8,30 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 91 | Allopurinolum | Allupol, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909991316228 | 2022-07-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 10,58 | 14,83 | 14,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 92 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05907626706529 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 11,02 | 15,54 | 15,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 93 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05907626706505 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,51 | 8,14 | 8,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 94 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 100 szt. | 05907626706628 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 33,05 | 42,75 | 42,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |
| 95 | Allopurinolum | Argadopin, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05907626706604 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 9,91 | 14,13 | 14,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 96 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990163212 | 2022-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 5,88 | 8,52 | 8,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 97 | Allopurinolum | Milurit, tabl., 300 mg | 30 szt. | 05909990414819 | 2022-01-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 10,69 | 14,94 | 14,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 98 | Amantadini hydrochloridum | Viregyt-K, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990320912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 169,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna | 14,90 | 20,28 | 20,28 | Choroba i zespół Parkinsona | dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie | 30% | 6,08 |
| 99 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid, tabl., 5+50 mg | 50 tabl. | 05909990206025 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 36,0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,48 | 9,50 | 9,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 2,85 |
| 100 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg | 50 tabl. | 05909990373819 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 36,0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,94 | 7,71 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 4,13 |
| 101 | Amiodaroni hydrochloridum | Opacorden, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 | 2022-01-01 | 3 lata | 31.0, Leki przeciwartymiczne klasy III - amiodaron | 20,27 | 26,97 | 26,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,40 |
| 102 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991412876 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpyszotyczne - amisulpiryd | 23,33 | 30,69 | 27,91 | Schizofrenia | | ryczałt | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 103 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991412883 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,66 | 58,40 | 55,82 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,78 |
| 104 | Amisulpridum | Amipryd, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991412906 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,31 | 111,39 | 111,39 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 105 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990762965 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 44,01 | 55,62 | 55,62 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 106 | Amisulpridum | Amisan, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990762996 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,53 | 111,63 | 111,63 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 107 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 200 mg | 60 szt. | 05909990762972 | 2021-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,64 | 111,73 | 111,63 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,30 |
| 108 | Amisulpridum | Amisan, tabl., 50 mg | 60 szt. | 05909990762880 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 23,65 | 31,01 | 27,91 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,30 |
| 109 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991348557 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,76 | 58,51 | 55,82 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,89 |
| 110 | Amisulpridum | ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909991348649 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,53 | 111,63 | 111,63 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 111 | Amisulpridum | Solian, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990840816 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 23,76 | 31,13 | 27,91 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,42 |
| 112 | Amisulpridum | Solian, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990840915 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 47,47 | 59,25 | 55,82 | Schizofrenia | | ryczałt | 6,63 |
| 113 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991466114 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 90,61 | 108,55 | 108,55 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 114 | Amisulpridum | Solian, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991452261 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 90,72 | 108,67 | 108,67 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 115 | Amisulpridum | Solian, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990841011 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 94,93 | 113,09 | 111,63 | Schizofrenia | | ryczałt | 4,66 |
| 116 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991410773 | 2020-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 46,71 | 58,46 | 55,82 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,84 |
| 117 | Amisulpridum | Symamis, tabl., 400 mg | 30 szt. | 05909991410803 | 2020-03-01 | 3 lata | 178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd | 93,42 | 111,50 | 111,50 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 118 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991322885 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,94 | 9,80 | 9,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,94 |
| 119 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991322816 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,02 | 5,23 | 5,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,57 |
| 120 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990642267 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,53 | 12,52 | 12,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,76 |
| 121 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990642311 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,08 | 7,39 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,35 |
| 122 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991099022 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,76 | 13,81 | 13,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,14 |
| 123 | Amlodipinum | Agen 10, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991302184 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,94 | 11,90 | 11,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,57 |
| 124 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,42 | 22,83 | 22,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,85 |
| 125 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991067540 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,85 | 23,28 | 23,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,98 |
| 126 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991098926 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,90 | 7,20 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,16 |
| 127 | Amlodipinum | Agen 5, tabletki, 5 mg | 30 tabl. | 05909991295226 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,29 | 6,55 | 6,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 128 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,21 | 12,18 | 12,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,65 |
| 129 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067533 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,42 | 12,41 | 12,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,72 |
| 130 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991295233 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,53 | 12,52 | 12,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,76 |
| 131 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,69 | 14,78 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,70 |
| 132 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,51 | 7,84 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,80 |
| 133 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,69 | 14,78 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,70 |
| 134 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 19,96 | 26,55 | 26,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,97 |
| 135 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,35 | 7,67 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,63 |
| 136 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,98 | 14,04 | 14,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,21 |
| 137 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990800551 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 9,89 | 9,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 138 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990800469 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,01 | 5,21 | 5,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,56 |
| 139 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991392079 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,43 | 10,31 | 10,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,09 |
| 140 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991392062 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,24 | 5,45 | 5,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,64 |
| 141 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990842698 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,91 | 10,82 | 10,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,25 |
| 142 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990842476 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,89 | 6,13 | 6,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,84 |
| 143 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991361020 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,15 | 9,85 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,96 |
| 144 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991464462 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,61 | 13,65 | 13,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,10 |
| 145 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990048977 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,26 | 16,43 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,35 |
| 146 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991361013 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,07 | 6,19 | 6,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,86 |
| 147 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048939 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,10 | 8,47 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziłą układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 148 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 14,83 | 19,13 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 9,05 |
| 149 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,56 | 13,14 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,10 |
| 150 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990907519 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 9,72 | 13,77 | 13,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,13 |
| 151 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990907311 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,10 | 5,34 | 3,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,82 |
| 152 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990907410 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,86 | 7,15 | 7,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,15 |
| 153 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 8,49 | 12,47 | 12,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,74 |
| 154 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 4,21 | 6,47 | 6,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,94 |
| 155 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990963119 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,69 | 14,78 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,70 |
| 156 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990963010 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,35 | 7,67 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,63 |
| 157 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909990421824 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,04 | 21,43 | 21,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,43 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 158 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991283797 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,48 | 10,19 | 10,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,06 |
| 159 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,48 | 14,57 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,49 |
| 160 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990621217 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,13 | 7,44 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,40 |
| 161 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg | 28 szt. | 05909991342920 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,20 | 21,26 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,65 |
| 162 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg | 28 szt. | 05909991342838 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,11 | 18,02 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,41 |
| 163 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg | 28 szt. | 05909991342746 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 11,08 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,77 |
| 164 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg | 28 szt. | 05907626708288 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 165 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg | 56 szt. | 05907626709384 | 2021-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,99 | 43,37 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,14 |
| 166 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg | 28 szt. | 05907626708257 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 167 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg | 56 szt. | 05907626709377 | 2021-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,99 | 43,37 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,14 |
| 168 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg | 28 szt. | 05907626708226 | 2021-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,91 | 11,93 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,62 |
| 169 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg | 56 szt. | 05907626709360 | 2021-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,50 | 22,63 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 170 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 05907626709339 | 2022-05-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,13 | 20,14 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,53 |
| 171 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 07613421033347 | 2021-07-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,13 | 20,14 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,53 |
| 172 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 07613421033330 | 2021-07-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,13 | 20,14 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,53 |
| 173 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708610 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 174 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 03838989708634 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 175 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708627 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 176 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909990691319 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,74 | 16,99 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,35 |
| 177 | Amoxicillinum | Amotaks, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089153 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 13,93 | 18,76 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,66 |
| 178 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990691517 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,70 | 10,17 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,45 |
| 179 | Amoxicillinum | Amotaks, kaps. twarde, 500 mg | 20 szt. | 05909991089108 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,54 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,09 |
| 180 | Amoxicillinum | Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991298258 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 21,38 | 27,95 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 5,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 181 | Amoxicillinum | Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 60 ml | 05909990794379 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 14,04 | 18,64 | 15,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,54 |
| 182 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 1 g | 20 szt. | 05909991089146 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 13,93 | 18,76 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,66 |
| 183 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909991089122 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,54 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,09 |
| 184 | Amoxicillinum | Amotaks Dis, tabl., 750 mg | 20 szt. | 05909991089139 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,15 | 14,12 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,34 |
| 185 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 1 g | 16 szt. | 05909991043728 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,74 | 16,99 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,35 |
| 186 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 500 mg | 16 szt. | 05909991043520 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,70 | 10,17 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 6,45 |
| 187 | Amoxicillinum | Amotaks DIS, tabl., 750 mg | 16 szt. | 05909991043629 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 8,53 | 11,83 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,65 |
| 188 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg | 16 szt. | 05909991373139 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 10,00 | 14,11 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,47 |
| 189 | Amoxicillinum | Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 750 mg | 16 szt. | 05909991373061 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,50 | 10,75 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,57 |
| 190 | Amoxicillinum | Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 100 ml | 05909990083619 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 8,64 | 12,57 | 12,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 191 | Amoxicillinum | Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg | 16 szt. | 05909990066117 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,72 | 8,08 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 4,36 |
| 192 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powł., 1000 mg | 16 szt. | 05909990293322 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,82 | 13,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 193 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powł., 500 mg | 16 szt. | 05909990293124 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 5,27 | 7,61 | 6,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,89 |
| 194 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but. 60 ml | 05907626702361 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 11,61 | 16,09 | 15,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,99 |
| 195 | Amoxicillinum | Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990781874 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne | 19,05 | 25,50 | 25,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 196 | Amoxicillinum | Ospamox, tabl. powł., 750 mg | 16 szt. | 05909990293223 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 7,72 | 10,98 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,80 |
| 197 | Amoxicillinum | Ospamox 1000 mg, tabl., 1000 mg | 20 szt. | 05909990778041 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 12,53 | 17,30 | 17,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 198 | Amoxicillinum | Ospamox 500 mg, tabl. powł., 500 mg | 20 szt. | 05909990788453 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,27 | 8,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,82 |
| 199 | Amoxicillinum | Ospamox 750 mg, tabl. powł., 750 mg | 20 szt. | 05909990788477 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,67 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | ryczałt | 3,89 |
| 200 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (35 g) | 05909990894833 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,68 | 29,40 | 25,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 201 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 35 ml (8,75 g) | 05909990894819 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 8,37 | 10,83 | 6,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,59 |
| 202 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (17,5 g) | 05909990894826 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,44 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,95 |
| 203 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990081912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 13,14 | 17,74 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 10,02 |
| 204 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991322939 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,28 | 23,84 | 23,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,92 |
| 205 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991250324 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 18,78 | 25,42 | 25,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,71 |
| 206 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991243319 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 26,00 | 26,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,00 |
| 207 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990411115 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 23,00 | 29,85 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,34 |
| 208 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991449544 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 27,76 | 36,22 | 36,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,11 |
| 209 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991417871 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 28,19 | 36,67 | 36,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,34 |
| 210 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991012960 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 41,09 | 38,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 21,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 211 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but a 50 ml | 07613421046941 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 10,50 | 14,73 | 13,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,78 |
| 212 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 07613421046934 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,00 | 27,86 | 27,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,96 |
| 213 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav 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 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,20 |
| 214 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amoksiklav 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 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 12,26 | 16,94 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,83 |
| 215 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991284220 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 15,40 | 15,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,70 |
| 216 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Amylan, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991284237 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,23 | 23,79 | 23,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,90 |
| 217 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 140 ml (but.) | 05909991343262 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 19,59 | 26,16 | 25,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,18 |
| 218 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (but.) | 05909991343255 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 9,80 | 13,85 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,36 |
| 219 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05903060615922 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,65 | 16,17 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,45 |
| 220 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg | 14 sasz. | 05903060615908 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 21,31 | 28,26 | 28,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 221 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05903060615953 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,40 | 27,12 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,61 |
| 222 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg | 21 szt. | 05909990064120 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 9,85 | 13,58 | 11,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,79 |
| 223 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991424084 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 10,58 | 15,05 | 15,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,53 |
| 224 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909997199702 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 12,80 | 17,38 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 9,66 |
| 225 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990368235 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 12,99 | 17,58 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 9,86 |
| 226 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230740 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,66 | 26,34 | 26,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,17 |
| 227 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997198385 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,90 | 27,65 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,14 |
| 228 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991209483 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,95 | 27,70 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,19 |
| 229 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997230542 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,95 | 27,70 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,19 |
| 230 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909997217345 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 21,01 | 27,76 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 231 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991248949 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 21,01 | 27,76 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,25 |
| 232 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990717521 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 23,98 | 30,87 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,36 |
| 233 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991093990 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 29,03 | 37,55 | 37,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 18,78 |
| 234 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 1 but. a 100 ml | 05909990614318 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 30,19 | 37,51 | 27,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 23,61 |
| 235 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml | 50 ml | 05909990614288 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 18,73 | 23,37 | 13,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,42 |
| 236 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909990744848 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,17 | 25,83 | 25,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,92 |
| 237 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml | 70 ml (14 g) | 05909991233846 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 9,77 | 13,82 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,33 |
| 238 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909991233525 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 16,41 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 8,69 |
| 239 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991233624 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,79 | 27,53 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,02 |
| 240 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991441517 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,17 | 25,83 | 25,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 241 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Penlac, tabl. powł., 875+125 mg | 20 szt. | 05909991444440 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 26,73 | 35,14 | 35,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,57 |
| 242 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991392772 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,66 | 26,34 | 26,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,17 |
| 243 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991423513 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 18,04 | 24,64 | 24,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,32 |
| 244 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991042073 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 20,30 | 27,02 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 13,51 |
| 245 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991423520 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 27,05 | 35,70 | 35,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 17,85 |
| 246 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg | 21 szt. | 05909991042080 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 30,46 | 39,28 | 39,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 19,64 |
| 247 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 140 ml | 05909990793587 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 22,66 | 29,38 | 25,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,40 |
| 248 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 1 but. 70 ml | 05909990793600 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 15,11 | 19,43 | 12,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 12,94 |
| 249 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml | 35 ml | 05909990793594 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne | 8,01 | 10,45 | 6,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 7,21 |
| 250 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg | 14 szt. | 05909990430628 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 13,34 | 17,95 | 15,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 10,23 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|--|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 251 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg | 21 szt. | 05909990430611 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 19,87 | 26,00 | 23,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 14,42 |
| 252 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991087715 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 23,00 | 29,85 | 27,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,34 |
| 253 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg | 21 szt. | 05904016012444 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 30,60 | 39,43 | 39,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 19,72 |
| 254 | Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas | Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg | 14 szt. | 05909991395759 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 17,23 | 23,79 | 23,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 11,90 |
| 255 | Anastrozolum | Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990802432 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 40,23 | 51,06 | 51,06 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 256 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909991324315 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 37,80 | 48,51 | 48,51 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 257 | Anastrozolum | Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990082162 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 46,98 | 58,15 | 51,68 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 6,47 |
| 258 | Anastrozolum | Apo-Nastrol, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990802050 | <1>2022-05-01-<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 48,38 | 59,62 | 51,68 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 7,94 |
| 259 | Anastrozolum | Arimidex, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990756711 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 51,62 | 63,03 | 51,68 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 11,35 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 260 | Anastrozolum | Atrozol, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909991090029 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 44,05 | 55,07 | 51,68 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 3,39 |
| 261 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990082148 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 48,38 | 59,62 | 51,68 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 7,94 |
| 262 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909991453695 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 39,53 | 50,64 | 50,64 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 263 | Anastrozolum | Egistrozol, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909991464288 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 40,46 | 51,60 | 51,60 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 264 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990861040 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 68,46 | 79,55 | 42,14 | <1>Żylna powłokiana 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% | 50,05 |
| 265 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991019396 | 2021-05-01 | 2 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 255,61 | 285,72 | 235,98 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej | | 30% | 120,53 |
| 266 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² - profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem dokсорubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 267 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 81,54 | 96,92 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² - profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem dokсорubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 20,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|--|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 268 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 95,04 | 111,09 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 34,95 |
| 269 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 59,40 | 73,67 | 73,67 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 270 | Aprepitantum | Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991383169 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² – profilaktyka | wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 271 | Aprepitantum | Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909990007387 | 2019-01-01 | 5 lat | 8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant | 64,80 | 79,34 | 79,34 | Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m ² – profilaktyka | | ryczałt | 3,20 |
| 272 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05038256002573 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 112,20 | 132,20 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 273 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05901878600888 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,02 | 84,34 | 84,34 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 274 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05903792743528 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,04 | 84,36 | 84,36 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 275 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909990002306 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 86,42 | 103,66 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,71 |
| 276 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05901878600895 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 136,04 | 159,76 | 159,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 277 | Aripiprazolum | Abilify, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05903792743535 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 136,08 | 159,80 | 159,80 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 278 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 15 mg | 56 szt. | 05909990002337 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,80 | 198,36 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,03 |
| 279 | Aripiprazolum | Abilify, tabletki, 30 mg | 56 szt. | 05909990002382 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 345,72 | 384,35 | 384,35 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,95 |
| 280 | Aripiprazolum | Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 1 fiol. proszku + fiol. rozp. | 05702157142200 | 2020-09-01 | 3 lata | 178.12. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 1026,43 | 1117,19 | 1117,19 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 281 | Aripiprazolum | Apiprax, tabletki, 15 mg | 28 szt. | 05909991279691 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 77,76 | 94,57 | 94,57 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 282 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05906414001068 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 61,56 | 75,03 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,13 |
| 283 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05906414001730 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 123,12 | 143,67 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 15,45 |
| 284 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 10 mg | 84 szt. | 05906414001747 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 183,76 | 209,87 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 17,54 |
| 285 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05906414001075 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 90,50 | 107,95 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,00 |
| 286 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05906414001754 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 287 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 15 mg | 84 szt. | 05906414001761 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 273,78 | 306,60 | 297,45 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,11 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 288 | Aripiprazolum | Apra, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05906414001082 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 175,78 | 201,49 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,16 |
| 289 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05906414001020 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 61,56 | 75,03 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,13 |
| 290 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05906414001648 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 123,12 | 143,67 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 15,45 |
| 291 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414001655 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 183,76 | 209,87 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 17,54 |
| 292 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05906414001037 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 90,50 | 107,95 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,00 |
| 293 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05906414001662 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 294 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414001679 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 273,78 | 306,60 | 297,45 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,11 |
| 295 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg | 28 szt. | 05906414001044 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 175,78 | 201,49 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,16 |
| 296 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907529463284 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 112,20 | 132,20 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 297 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907529463314 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 82,12 | 99,15 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 298 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907529463338 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 299 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05907529463383 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 357,62 | 396,85 | 396,60 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,20 |
| 300 | Aripiprazolum | Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991251475 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 82,12 | 99,15 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 301 | Aripiprazolum | Aricogan, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991265526 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 78,30 | 95,14 | 95,14 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 302 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991232733 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 54,54 | 67,66 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,76 |
| 303 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991232832 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 86,94 | 104,21 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,26 |
| 304 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909991232849 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 93,96 | 111,89 | 106,23 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,86 |
| 305 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991232856 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 306 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 60 szt. | 05909991232863 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 156,60 | 181,66 | 181,66 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,40 |
| 307 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 15 mg | 90 szt. | 05909991232887 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 285,03 | 318,88 | 318,70 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 308 | Aripiprazolum | Aripilek, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991232931 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 309 | Aripiprazolum | Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05901720140241 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 96,12 | 114,16 | 106,23 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,13 |
| 310 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991339951 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 100,16 | 118,09 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 22,14 |
| 311 | Aripiprazolum | Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. (w blisterach perforowanych) | 05909991270223 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 100,16 | 118,09 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 22,14 |
| 312 | Aripiprazolum | Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991263850 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,55 | 85,95 | 85,95 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 313 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05907626705690 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,12 | 82,97 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 20,07 |
| 314 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05907626705713 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 139,32 | 160,68 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 32,46 |
| 315 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05907626705836 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,57 | 123,77 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 27,82 |
| 316 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05907626705850 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 212,49 | 240,03 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 47,70 |
| 317 | Aripiprazolum | Aripiprazole STADA, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991251604 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 59,40 | 75,29 | 75,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|------------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 318 | Aripiprazolum | Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229634 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 96,98 | 114,75 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,80 |
| 319 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991404659 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 52,81 | 65,84 | 65,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 320 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991404666 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,62 | 125,30 | 125,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 321 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991404673 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 79,23 | 96,11 | 96,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 322 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991404680 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 158,46 | 183,30 | 183,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 323 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909991404697 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 105,62 | 125,30 | 125,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,98 |
| 324 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 20 mg | 56 szt. | 05909991404703 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 211,25 | 240,20 | 240,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,96 |
| 325 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991404710 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 158,46 | 183,30 | 183,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 326 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 30 mg | 56 szt. | 05909991404727 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 316,92 | 354,11 | 354,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,95 |
| 327 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991404635 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 26,41 | 34,65 | 33,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 328 | Aripiprazolum | Arpixon, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991404642 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 52,81 | 65,84 | 65,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 329 | Aripiprazolum | Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05902020241447 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 79,23 | 96,11 | 96,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 330 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991205225 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 68,36 | 82,17 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 19,27 |
| 331 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991205256 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 136,72 | 157,95 | 132,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 29,73 |
| 332 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991385682 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 74,50 | 91,16 | 91,16 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 333 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991205324 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 102,54 | 120,59 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 24,64 |
| 334 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991205355 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 205,08 | 232,25 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 39,92 |
| 335 | Aripiprazolum | Aryzalera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 05909991205423 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 206,24 | 233,47 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 41,14 |
| 336 | Aripiprazolum | Asduter, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 05909991229696 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 56,10 | 69,30 | 66,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,40 |
| 337 | Aripiprazolum | Asduter, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991229733 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 96,98 | 114,75 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 18,80 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 338 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 28 szt. | 05909991236946 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 87,05 | 104,32 | 99,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,37 |
| 339 | Aripiprazolum | Explemed, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991236953 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 172,86 | 198,42 | 198,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,09 |
| 340 | Atomoxetine | Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909991412173 | 2020-11-01 | 3 lata | 185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 52,38 | 65,03 | 63,36 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 4,87 |
| 341 | Atomoxetine | Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991412241 | 2020-11-01 | 3 lata | 185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 84,24 | 101,37 | 101,37 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 3,20 |
| 342 | Atomoxetine | Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991394738 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 59,05 | 72,03 | 63,36 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 11,87 |
| 343 | Atomoxetine | Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991394776 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 94,50 | 112,15 | 101,37 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 13,98 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 344 | Atomoxetine | Auroxetyln, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991393380 | 2021-05-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 23,33 | 30,33 | 25,34 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 8,19 |
| 345 | Atomoxetine | Auroxetyln, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991393601 | 2021-05-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 41,99 | 52,56 | 45,62 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 10,14 |
| 346 | Atomoxetine | Auroxetyln, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991393496 | 2019-09-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 61,42 | 74,52 | 63,36 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 14,36 |
| 347 | Atomoxetine | Auroxetyln, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991393717 | 2019-09-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 98,28 | 116,11 | 101,37 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 17,94 |
| 348 | Atomoxetine | Konaten, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909991390938 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 24,08 | 31,10 | 25,34 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 8,96 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-----|--------------|------------------------------|---------|----------------|--|--|---|-------|--------|--------|--|--|---------|-------|
| 349 | Atomoxetine | Konaten, kaps. twarde, 18 mg | 28 szt. | 05909991390952 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 43,34 | 53,98 | 45,62 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 11,56 |
| 350 | Atomoxetine | Konaten, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991390976 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 60,20 | 73,24 | 63,36 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 13,08 |
| 351 | Atomoxetine | Konaten, kaps. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991390990 | 2020-01-01 | 3 lata | 185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna | 96,31 | 114,05 | 101,37 | Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży. | | ryczałt | 15,88 |
| 352 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991124618 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,45 | 9,10 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,23 |
| 353 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05907695215137 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,31 | 9,05 | 8,21 | 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% | 3,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 354 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05907695215359 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,15 | 13,00 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,38 |
| 355 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991124717 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,66 | 14,66 | 8,21 | 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% | 8,91 |
| 356 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05907695215144 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,61 | 17,31 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,82 |
| 357 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,30 | 24,57 | 24,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 7,37 |
| 358 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991124816 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,44 | 28,68 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 17,19 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 359 | Atorvastatin | Atox 40, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05907695215151 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,23 | 32,84 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,86 |
| 360 | Atorvastatin | Atox 40, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 36,59 | 46,70 | 46,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 14,01 |
| 361 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990787586 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,61 | 9,27 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,40 |
| 362 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990787609 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,26 | 17,39 | 8,21 | 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% | 11,64 |
| 363 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990787647 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,87 | 31,23 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 19,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|----------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 364 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990991815 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,52 | 9,17 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,30 |
| 365 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909990336647 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,51 | 27,03 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,41 |
| 366 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990991914 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,44 | 13,38 | 8,21 | 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% | 7,63 |
| 367 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909991013806 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,98 | 25,05 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,56 |
| 368 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909990419173 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,32 | 38,24 | 24,62 | 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% | 21,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|----------------------------|------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 369 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909990885282 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 14,36 | 18,47 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,85 |
| 370 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,21 | 33,92 | 24,62 | 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% | 16,69 |
| 371 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990623464 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,88 | 25,99 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 14,50 |
| 372 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05909990623471 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 39,96 | 48,31 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 25,33 |
| 373 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990623488 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 62,64 | 74,05 | 49,24 | 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% | 39,58 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 374 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909990885336 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,32 | 38,24 | 24,62 | 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% | 21,01 |
| 375 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990885374 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 41,75 | 50,19 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 27,21 |
| 376 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938926 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,79 | 9,55 | 8,21 | 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% | 3,80 |
| 377 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938995 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,59 | 18,34 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,85 |
| 378 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991321611 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,71 | 8,42 | 8,21 | 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% | 2,67 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 379 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991321659 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,14 | 23,35 | 23,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 7,01 |
| 380 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991321710 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,79 | 15,40 | 15,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,62 |
| 381 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382896 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,92 | 4,35 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,48 |
| 382 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991382902 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,83 | 8,54 | 8,21 | 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% | 2,79 |
| 383 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 07311920002252 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,47 | 21,59 | 21,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 384 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991382919 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,73 | 11,51 | 11,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,45 |
| 385 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991382926 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,65 | 16,30 | 16,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,89 |
| 386 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 07311920002276 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,62 | 28,00 | 28,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,40 |
| 387 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 07311920002269 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 30,93 | 40,76 | 40,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,23 |
| 388 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991382933 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,47 | 21,59 | 21,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 389 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991382940 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,62 | 28,00 | 28,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,40 |
| 390 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990900053 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,24 | 4,68 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,81 |
| 391 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990899920 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,70 | 9,46 | 8,21 | 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% | 3,71 |
| 392 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909990899951 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,96 | 16,63 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,14 |
| 393 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909990899975 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,93 | 24,19 | 24,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 7,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 394 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990900275 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,39 | 18,13 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,64 |
| 395 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05909990900305 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,90 | 31,45 | 31,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,44 |
| 396 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 05909990900336 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 35,86 | 45,93 | 45,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,78 |
| 397 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990900459 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,78 | 31,32 | 31,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,40 |
| 398 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,77 | 9,44 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,57 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 399 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,54 | 18,74 | 8,21 | 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% | 12,99 |
| 400 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,09 | 36,71 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 25,22 |
| 401 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 28,26 | 36,02 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 13,04 |
| 402 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990573400 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,02 | 8,65 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,78 |
| 403 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990573530 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,88 | 14,89 | 8,21 | 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% | 9,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 404 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990573547 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,03 | 27,20 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,71 |
| 405 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990078141 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,59 | 7,16 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,29 |
| 406 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990078264 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,06 | 14,03 | 8,21 | 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% | 8,28 |
| 407 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990078356 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,12 | 27,30 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,81 |
| 408 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991011383 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 32,13 | 40,09 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 17,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--------------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 409 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990905508 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,08 | 6,62 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,75 |
| 410 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 60 tabl. | 05909990905539 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,80 | 9,56 | 8,21 | 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% | 3,81 |
| 411 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990905553 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,10 | 14,00 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,38 |
| 412 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990905638 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,49 | 11,33 | 8,21 | 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% | 5,58 |
| 413 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 60 tabl. | 05909990905652 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,48 | 18,22 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 414 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990905676 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,82 | 26,16 | 24,62 | 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% | 8,93 |
| 415 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990905782 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,00 | 21,92 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 10,43 |
| 416 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 60 tabl. | 05909990905805 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 26,09 | 33,74 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 10,76 |
| 417 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990905867 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 38,34 | 48,54 | 48,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 14,56 |
| 418 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990078707 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,48 | 9,22 | 8,21 | 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% | 3,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 419 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991042097 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,00 | 5,48 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,61 |
| 420 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991042103 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,99 | 10,81 | 8,21 | 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% | 5,06 |
| 421 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991415976 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,67 | 11,44 | 11,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,43 |
| 422 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991042134 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,98 | 20,85 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,36 |
| 423 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991419042 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,34 | 21,46 | 21,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 424 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991042141 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 31,32 | 39,24 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,26 |
| 425 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powł., 80 mg | 30 tabl. | 05909990957071 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 39,59 | 47,92 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 24,94 |
| 426 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990338290 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,75 | 8,36 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,49 |
| 427 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990338368 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,72 | 12,63 | 8,21 | 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% | 6,88 |
| 428 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990338436 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,31 | 23,30 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 11,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|----------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 429 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 05909990338443 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 55,50 | 66,56 | 49,24 | 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% | 32,09 |
| 430 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990053179 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,48 | 8,08 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,21 |
| 431 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990053230 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,48 | 13,43 | 8,21 | 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% | 7,68 |
| 432 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990053278 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,01 | 24,03 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,54 |
| 433 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990998814 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,56 | 9,22 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,35 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 434 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909990998821 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,12 | 18,30 | 8,21 | 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% | 12,55 |
| 435 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909990998838 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 27,20 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 18,58 |
| 436 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990998913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,05 | 15,07 | 8,21 | 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% | 9,32 |
| 437 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909990998920 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,46 | 27,65 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,16 |
| 438 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909990998937 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 33,53 | 40,56 | 24,62 | 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% | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 439 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990810161 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 16,42 | 21,31 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,82 |
| 440 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg | 60 tabl. | 05909990810178 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,71 | 35,45 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,47 |
| 441 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg | 90 tabl. | 05909990810185 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 41,55 | 51,91 | 49,24 | 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% | 17,44 |
| 442 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990810208 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 42,93 | 51,43 | 32,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 28,45 |
| 443 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991403911 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,72 | 11,50 | 11,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 444 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg | 60 szt. | 05909991403935 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,44 | 21,56 | 21,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,47 |
| 445 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991403997 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 15,44 | 21,56 | 21,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 6,47 |
| 446 | Atropini sulfas | Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 5 ml | 05909990243112 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 15,51 | 20,24 | 16,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,25 |
| 447 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990232826 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 13,61 | 18,50 | 16,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,42 |
| 448 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990232826 | 2022-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 13,61 | 18,50 | 16,28 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,22 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 449 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990232819 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 22,03 | 29,02 | 27,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyn, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,09 |
| 450 | Azathioprinum | Azathioprine VIS, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990232819 | 2022-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 22,03 | 29,02 | 27,13 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 451 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powł., 50 mg | 100 szt. | 05909990277810 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 43,09 | 54,26 | 54,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyn, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,56 |
| 452 | Azathioprinum | Imuran, tabl. powł., 50 mg | 100 szt. | 05909990277810 | 2022-01-01 | 3 lata | 140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna | 43,09 | 54,26 | 54,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 453 | Azithromycinum | Azibiot, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909991054816 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,07 | 18,43 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,08 |
| 454 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powł., 250 mg | 6 szt. | 05909991034412 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 21,89 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 17,54 |
| 455 | Azithromycinum | Azimycin, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909991035518 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 13,95 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 456 | Azithromycinum | Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909990969876 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,53 | 9,47 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 5,12 |
| 457 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635320 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,94 | 15,92 | 7,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 12,28 |
| 458 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990635337 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 21,28 | 26,28 | 14,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 18,99 |
| 459 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990635344 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 24,84 | 31,23 | 21,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 20,29 |
| 460 | Azithromycinum | AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 37,5 ml | 05907626702682 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 31,32 | 38,81 | 27,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 25,14 |
| 461 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg | 6 szt. | 05909997214023 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 13,94 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,59 |
| 462 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg | 6 szt. | 05909997223537 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,52 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 10,17 |
| 463 | Azithromycinum | AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg | 6 szt. | 05909990573738 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 21,32 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 16,97 |
| 464 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909997214030 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 13,94 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,59 |
| 465 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909997223551 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,52 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 10,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 466 | Azithromycinum | AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909990573752 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 18,49 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,14 |
| 467 | Azithromycinum | Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909991087319 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,25 | 13,37 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,02 |
| 468 | Azithromycinum | Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 20 ml | 05909990073566 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,65 | 21,42 | 14,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,13 |
| 469 | Azithromycinum | Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 30 ml | 05909990073573 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 19,76 | 25,90 | 21,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 14,96 |
| 470 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powł., 250 mg | 6 szt. | 05909991098421 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,85 | 22,40 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 18,05 |
| 471 | Azithromycinum | Azycyna, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909991098520 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,25 | 13,37 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,02 |
| 472 | Azithromycinum | Macromax, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909990713608 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,96 | 12,02 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 7,67 |
| 473 | Azithromycinum | Nobaxin, tabl. powł., 500 mg | 2 szt. (w blisterze) | 05909991108830 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 12,64 | 5,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 9,74 |
| 474 | Azithromycinum | Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742110 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 13,50 | 16,51 | 7,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 12,87 |
| 475 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powł., 125 mg | 6 szt. | 05909990846214 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,98 | 22,39 | 4,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 20,21 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 476 | Azithromycinum | Sumamed, kaps. twarde, 250 mg | 6 szt. | 05909990742318 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 23,02 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 18,67 |
| 477 | Azithromycinum | Sumamed, tabl. powł., 500 mg | 3 szt. | 05909990742417 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 23,02 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 18,67 |
| 478 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 20 ml | 05909990742219 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 23,76 | 28,88 | 14,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 21,59 |
| 479 | Azithromycinum | Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml | 1 but.po 30 ml | 05909990742226 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 34,13 | 41,00 | 21,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | mukowiscydoza | 50% | 30,06 |
| 480 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium | Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 | <1>2021-09-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 270,81 | 303,96 | 303,96 | <1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku | | 30% | 91,19 |
| 481 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 157,68 | 180,80 | 156,28 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 29,32 |
| 482 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909991245696 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 157,68 | 180,82 | 154,74 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 483 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990118915 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,39 | 20,28 | 6,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 17,70 |
| 484 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990119011 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 29,61 | 13,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 24,44 |
| 485 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990118816 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,96 | 14,63 | 3,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 14,55 |
| 486 | Benzathini phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 60 ml | 05909990363216 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postaci farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 13,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 4,23 |
| 487 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991254995 | 2020-11-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 19,66 | 26,30 | 26,30 | Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 13,15 |
| 488 | Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum | Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g | 1 butelka 50 ml | 05909991254988 | 2020-11-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 13,61 | 17,90 | 13,38 | Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 11,21 |
| 489 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas | Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990121625 | 2022-01-01 | 3 lata | 81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego | 54,00 | 66,87 | 66,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,44 |
| 490 | Betamethasonum + Acidum salicylicum | Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g | 1 butelka 100 ml | 05909991187682 | 2021-05-01 | 2 lata | 248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone | 20,09 | 26,75 | 26,75 | Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych | | 50% | 13,38 |
| 491 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 19,41 | 22,95 | 9,66 | Jaskra | | 30% | 16,19 |
| 492 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 9,75 | 11,62 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 8,24 |
| 493 | Betaxololum | Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990925513 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 6,33 | 8,03 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 4,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 494 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,97 | 42,78 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 10,58 |
| 495 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 101,90 | 120,10 | 106,21 | Jaskra | | ryczałt | 22,85 |
| 496 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,14 | 38,76 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 6,56 |
| 497 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 90,45 | 108,08 | 106,21 | Jaskra | | ryczałt | 10,83 |
| 498 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,11 | 38,73 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 6,53 |
| 499 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 butelka po 3 ml | 05909991310769 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,94 | 38,55 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 6,35 |
| 500 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 89,81 | 107,39 | 106,21 | Jaskra | | ryczałt | 10,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 501 | Bimatoprostum + Timololum | Bimazol Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,27 | 40,99 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 8,79 |
| 502 | Bimatoprostum + Timololum | Bimazol Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 96,85 | 114,79 | 106,21 | Jaskra | | ryczałt | 17,54 |
| 503 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 | 2020-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,27 | 40,99 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 8,79 |
| 504 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 | 2020-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 96,85 | 114,79 | 106,21 | Jaskra | | ryczałt | 17,54 |
| 505 | 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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,39 | 41,12 | 35,40 | Jaskra | | ryczałt | 8,92 |
| 506 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909990193219 | 2022-01-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 9,67 | 13,68 | 13,68 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,10 |
| 507 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991265762 | 2022-03-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,36 | 14,41 | 13,68 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,83 |
| 508 | Biperideni hydrochloridum | Akineton, tabl., 2 mg | 50 szt. | 05909991447311 | 2021-09-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 10,47 | 14,52 | 13,68 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,94 |
| 509 | Biperideni hydrochloridum | Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990884216 | 2022-07-01 | 3 lata | 167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden | 12,26 | 16,81 | 16,42 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 5,32 |
| 510 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,98 | 19,87 | 19,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------|--------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 511 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909991066420 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,99 | 10,61 | 10,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 512 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991152017 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,91 | 10,53 | 10,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 513 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991151911 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 3,46 | 5,48 | 5,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 514 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991015114 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,72 | 11,38 | 11,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 515 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991015015 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,70 | 6,79 | 5,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,05 |
| 516 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990633852 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,02 | 10,64 | 10,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 517 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990633791 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,05 | 6,11 | 5,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,37 |
| 518 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991097523 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,32 | 13,05 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,36 |
| 519 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909991097554 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 18,63 | 24,75 | 23,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 7,37 |
| 520 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991097400 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 4,65 | 6,73 | 5,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 521 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909991097448 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,32 | 13,05 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,36 |
| 522 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 60 tabl. | 05909991197049 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,85 | 22,88 | 22,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 523 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 90 tabl. | 05909991197056 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 25,27 | 33,18 | 33,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 9,60 |
| 524 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 60 tabl. | 05909991197070 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,42 | 12,12 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,43 |
| 525 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991197063 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,64 | 17,54 | 17,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 4,80 |
| 526 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powł., 10 mg | 60 tabl. | 05909990633869 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 14,84 | 20,77 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 527 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powł., 5 mg | 60 tabl. | 05909990633807 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,42 | 11,06 | 11,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 528 | Brimonidini tartras | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2. Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,96 | 25,40 | 25,40 | Jaskra | | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 529 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 | 2019-11-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,14 | 28,73 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 6,53 |
| 530 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 0590641400900 | 2022-03-01 | 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 | 49,83 | 62,79 | 62,79 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 531 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 16,45 | 22,75 | 22,75 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 532 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 49,36 | 62,30 | 62,30 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 533 | Brimonidini tartras | Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909990677733 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 16,79 | 23,11 | 23,11 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 534 | Brimonidini tartras | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05907553017897 | 2021-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 48,60 | 61,50 | 61,50 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 535 | Brimonidini tartras + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 23,84 | 30,51 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 8,31 |
| 536 | Brimonidinum | Briglaū PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 | 2018-01-01 | 5 lat | 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 | 22,68 | 29,29 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 7,09 |
| 537 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 25,53 | 32,29 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 10,09 |
| 538 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 | 2020-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 21,38 | 27,93 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 5,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 539 | 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 | 22,68 | 29,29 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 7,09 |
| 540 | 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 | 64,31 | 78,00 | 76,20 | Jaskra | | ryczałt | 9,80 |
| 541 | Brivaracetamum | Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml | 300 ml | 05909991272234 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam | 343,00 | 381,65 | 381,65 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych | ryczałt | 3,20 |
| 542 | Brivaracetamum | Briviact, tabl. powł., 50 mg | 56 szt. | 05909991272333 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam | 320,13 | 357,04 | 357,04 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych | ryczałt | 3,20 |
| 543 | Bromocriptinum | Bromocorn, tabl., 2.5 mg | 30 szt. | 05909990211913 | 2022-01-01 | 3 lata | 62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna | 13,18 | 18,10 | 18,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 544 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,73 | 64,30 | 64,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 545 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 51,73 | 64,30 | 64,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 546 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 547 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 548 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,56 | 80,21 | 80,03 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,38 |
| 549 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,56 | 80,21 | 80,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,19 |
| 550 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,85 | 64,81 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,24 |
| 551 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,85 | 64,81 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,24 |
| 552 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,90 | 57,45 | 56,76 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,89 |
| 553 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,90 | 57,45 | 56,76 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,89 |
| 554 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,03 | <1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 555 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 | <1>2019-11-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,03 | <2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,07 |
| 556 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 42,01 | 50,65 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 23,80 |
| 557 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 42,01 | 50,65 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 29,62 |
| 558 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 63,23 | 76,28 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 21,51 |
| 559 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 63,23 | 76,28 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 34,21 |
| 560 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 561 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 562 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 | 2021-07-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,15 |
| 563 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,77 |
| 564 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 15,55 | 21,06 | 18,03 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,23 |
| 565 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 15,55 | 21,06 | 18,03 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 566 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 | 2021-07-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 62,21 | 76,28 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,56 |
| 567 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 62,21 | 76,28 | 72,12 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 25,80 |
| 568 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,15 |
| 569 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,10 | 40,01 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,77 |
| 570 | 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 | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 571 | Budesonidum | Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 572 | 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 | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 573 | 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 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 574 | 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 - postaci płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,88 | 56,76 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,32 |
| 575 | 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 - postaci płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,36 | 56,88 | 56,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|--|---|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 576 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,88 | 80,54 | 80,03 | Astma; Przewłękla obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,71 |
| 577 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,88 | 80,54 | 80,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,52 |
| 578 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 | <1>2020-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13 | <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego | 364,46 | 404,75 | 404,75 | <1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające | <1>postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; <2>indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające | ryczałt | 3,20 |
| 579 | Budesonidum | CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg | 30 szt. | 05909991205966 | <1>2020-01-01/<2>2021-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego | 364,46 | 404,75 | 404,75 | <2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego | | 30% | 121,43 |
| 580 | Budesonidum | Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 100 szt. | 05909990430314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid | 329,40 | 367,02 | 367,02 | Choroba Leśniowskiego-Crohna | postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi | ryczałt | 3,56 |
| 581 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg | 60 szt. | 05909990926213 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 17,91 | 23,54 | 18,03 | Astma; Przewłękla obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,71 |
| 582 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg | 60 szt. | 05909990926213 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 17,91 | 23,54 | 18,03 | x | wirusowe zapalenie krtań u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,92 |
| 583 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg | 60 szt. | 05909990926312 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 32,29 | 41,25 | 36,06 | Astma; Przewłękla obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 584 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg | 60 szt. | 05909990926312 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 32,29 | 41,25 | 36,06 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 16,01 |
| 585 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2019-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,85 | 64,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,24 |
| 586 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 | 2019-11-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,27 | 64,85 | 64,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,24 |
| 587 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 588 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 | 2021-09-01 | 3 lata | 200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 589 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2021-03-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,03 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,26 |
| 590 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 | 2021-03-01 | 3 lata | 200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,45 | 80,09 | 80,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,07 |
| 591 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,22 | 64,81 | 64,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 592 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 | 2022-03-01 | 3 lata | 200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach | 52,22 | 64,81 | 64,81 | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 593 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 594 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach | 45,25 | 56,76 | 56,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 595 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,75 | 79,36 | 79,36 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 596 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,75 | 79,36 | 79,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,81 |
| 597 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,75 | 79,36 | 79,36 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 598 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 64,75 | 79,36 | 79,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,81 |
| 599 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,39 | 80,03 | 80,03 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 600 | 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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach | 65,39 | 80,03 | 80,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,01 |
| 601 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,14 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 602 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,96 |
| 603 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,14 |
| 604 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 31,86 | 39,99 | 30,05 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,96 |
| 605 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 606 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 607 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 608 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | x | wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,25 |
| 609 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 | 2020-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 47,52 | 58,89 | 52,09 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,00 |
| 610 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 | 2020-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 90,72 | 108,25 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,27 |
| 611 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 daw. | 07613421047047 | 2022-05-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 91,80 | 109,40 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|--|-------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 612 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 107,95 | 126,34 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,36 |
| 613 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 94,09 | 111,80 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,84 |
| 614 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 | 2021-09-01 | 2 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,02 | 126,41 | 104,18 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | 30% | 53,48 |
| 615 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 | 2021-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,02 | 126,41 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,43 |
| 616 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 107,46 | 125,84 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,88 |
| 617 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 61,61 | 73,69 | 52,86 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 24,03 |
| 618 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 108,48 | 126,89 | 104,18 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,91 |
| 619 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 | 2018-01-01 | 5 lat | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 94,09 | 111,80 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,84 |
| 620 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg | 60 szt. - blister | 05909991235635 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,64 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 621 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg | 60 szt. - blister | 05909991235635 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 622 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg | 30 szt. - blister | 05909991235642 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,64 |
| 623 | Buprenorphinum | Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg | 30 szt. - blister | 05909991235642 | 2019-11-01 | 3 lata | 152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego | 27,32 | 35,48 | 35,48 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 624 | 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 | 44,06 | 54,93 | 51,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,72 |
| 625 | 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 | 44,06 | 54,93 | 51,41 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,52 |
| 626 | 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 | 66,09 | 80,14 | 77,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,23 |
| 627 | 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 | 66,09 | 80,14 | 77,11 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,03 |
| 628 | 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 | 88,13 | 105,22 | 102,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,60 |
| 629 | 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 | 88,13 | 105,22 | 102,82 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,40 |
| 630 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 44,23 | 55,11 | 51,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,90 |
| 631 | Buprenorphinum | Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966127 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 44,23 | 55,11 | 51,41 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,70 |
| 632 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 66,33 | 80,40 | 77,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------------|---|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 633 | Buprenorphinum | Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966226 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 66,33 | 80,40 | 77,11 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,29 |
| 634 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 88,45 | 105,54 | 102,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,92 |
| 635 | Buprenorphinum | Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg | 5 szt. (5 sasz.po 1 szt.) | 05909990966325 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 88,45 | 105,54 | 102,82 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,72 |
| 636 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997213538 | 2022-07-01 | 3 lata | 182.0, Lek przeciwlękowe - bupiron | 19,93 | 26,57 | 26,57 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,97 |
| 637 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997201450 | 2022-03-01 | 3 lata | 182.0, Lek przeciwlękowe - bupiron | 19,96 | 26,60 | 26,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,98 |
| 638 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990073603 | 2022-01-01 | 3 lata | 182.0, Lek przeciwlękowe - bupiron | 27,00 | 33,99 | 26,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 15,37 |
| 639 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990073597 | 2022-01-01 | 3 lata | 182.0, Lek przeciwlękowe - bupiron | 15,12 | 19,48 | 13,30 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,17 |
| 640 | Busulfanum | Myleran, tabl. powł., 2 mg | 25 szt. | 05909990277919 | 2019-11-01 | 3 lata | 236.0, Lek przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan | 184,90 | 211,50 | 211,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 641 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05901549565249 | 2022-01-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 40,69 | 51,49 | 51,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,45 |
| 642 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05901549565256 | 2022-01-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 81,40 | 98,24 | 98,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,47 |
| 643 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 05909990948376 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 54,27 | 65,75 | 51,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,71 |
| 644 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909990948383 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 108,54 | 126,74 | 102,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 54,65 |
| 645 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 05909990979738 | 2021-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 48,50 | 59,70 | 51,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 646 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 30 g | 03830070472080 | 2022-05-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 40,45 | 51,24 | 51,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,37 |
| 647 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 03830070472097 | 2022-05-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 80,89 | 97,70 | 97,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,31 |
| 648 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g | 60 g | 05909991283599 | 2021-09-01 | 2 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 155,93 | 176,50 | 102,98 | Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych | | 30% | 104,41 |
| 649 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 05909991441029 | 2022-01-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 81,40 | 98,24 | 98,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,47 |
| 650 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 tuba po 60 g | 05909991409999 | 2020-09-01 | 3 lata | 18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę | 97,20 | 114,83 | 102,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 42,74 |
| 651 | Canagliflozinum | Invokana, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909991096106 | 2021-11-01 | 2 lata | 251.0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - flozyny | 156,60 | 180,97 | 178,14 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość | | 30% | 56,27 |
| 652 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991433109 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,12 | 20,13 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,52 |
| 653 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991466602 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,92 | 38,05 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 654 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991453398 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,39 | 40,94 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,91 |
| 655 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991454883 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,07 | 20,07 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,46 |
| 656 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991453329 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,10 | 20,12 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,51 |
| 657 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991455057 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,10 | 20,12 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,51 |
| 658 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991454890 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,13 | 38,27 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,04 |
| 659 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991453336 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,20 | 38,34 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,11 |
| 660 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991455064 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,20 | 38,34 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,11 |
| 661 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,88 | 47,45 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,22 |
| 662 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991454777 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,13 | 38,27 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,04 |
| 663 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991453367 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,20 | 38,34 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 664 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991455118 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,20 | 38,34 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,11 |
| 665 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991448912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,29 | 40,83 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,80 |
| 666 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabletki, 32 mg | 30 szt. | 05909991438876 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,85 | 41,43 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,40 |
| 667 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909990937103 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 668 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990962945 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,01 | 24,21 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,60 |
| 669 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990962839 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,50 | 12,55 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,24 |
| 670 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 28 szt. | 05909991389468 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,34 | 20,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,75 |
| 671 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991392475 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,58 | 21,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,05 |
| 672 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990772193 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 26,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,32 |
| 673 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 56 szt. | 05909991389475 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,67 | 38,82 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 674 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991392482 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,16 | 41,45 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 16,22 |
| 675 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 32 mg | 28 szt. | 05909991389512 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,67 | 38,82 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,59 |
| 676 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991395100 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,16 | 41,45 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 16,22 |
| 677 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 28 szt. | 05909991389420 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,67 | 10,62 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,31 |
| 678 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909991390242 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,29 | 11,27 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,96 |
| 679 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990772162 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,60 |
| 680 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 56 szt. | 05909991389437 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,34 | 20,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,75 |
| 681 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909991390259 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,58 | 21,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,05 |
| 682 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990801350 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,28 | 26,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,99 |
| 683 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990801367 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,64 | 13,74 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,43 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 684 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 03838989720544 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 10,92 |
| 685 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367732 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 10,92 |
| 686 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Camlocor, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991367510 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,21 | 9,01 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 5,90 |
| 687 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg | 30 kaps. | 05906414002140 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,30 | 32,07 | 19,31 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 18,55 |
| 688 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg | 90 kaps. | 05906414002171 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 91,71 | 57,92 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 51,17 |
| 689 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg | 30 kaps. | 05906414002089 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,30 | 32,07 | 19,31 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 18,55 |
| 690 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg | 90 kaps. | 05906414002119 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 91,71 | 57,92 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 51,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 691 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg | 30 kaps. | 05906414002027 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,15 | 16,52 | 9,65 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,77 |
| 692 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg | 90 kaps. | 05906414002058 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 47,21 | 28,96 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 26,94 |
| 693 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg | 30 kaps. | 05906414001969 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,15 | 16,52 | 9,65 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,77 |
| 694 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg | 90 kaps. | 05906414001990 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 47,21 | 28,96 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 26,94 |
| 695 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 10 mg | 28 szt. | 05909991191832 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,45 |
| 696 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 16 + 5 mg | 28 szt. | 05909991418076 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 9,45 |
| 697 | Candesartanum cilexetili + Amlodipinum | Caramlo, tabl., 8 + 5 mg | 28 szt. | 05909991191764 | 2020-09-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,48 | 11,47 | 9,01 | Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach | | 30% | 5,16 |
| 698 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 30 szt. | 05909991450014 | 2021-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,26 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 699 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991421649 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,82 | 20,86 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,25 |
| 700 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909991421656 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,64 | 39,85 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,62 |
| 701 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957279 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,88 | 47,45 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,22 |
| 702 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957194 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,05 |
| 703 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991455361 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,82 | 20,86 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,25 |
| 704 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432300 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,06 | 22,16 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,55 |
| 705 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909991455378 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,64 | 39,85 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,62 |
| 706 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991464011 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,53 | 37,64 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,41 |
| 707 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432324 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,13 | 42,48 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,25 |
| 708 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 30 szt. | 05909991436667 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,64 | 40,15 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,12 |
| 709 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991463908 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,53 | 37,64 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,41 |
| 710 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991434977 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,64 | 40,15 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|----------------------------------|-----------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 711 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991428112 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,62 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,59 |
| 712 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739653 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,28 | 26,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,99 |
| 713 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,92 | 42,25 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 17,02 |
| 714 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739592 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,60 |
| 715 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 28 tabl. | 05909990937172 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 716 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990937264 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,88 | 47,45 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,22 |
| 717 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 28 tabl. | 05909990937080 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 12,78 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,47 |
| 718 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,34 | 51,09 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 25,86 |
| 719 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,34 | 51,09 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 25,86 |
| 720 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,00 | 28,40 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 15,79 |
| 721 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800629 | 2020-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,22 | 25,48 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 722 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991063702 | 2021-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 723 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991064051 | 2021-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 724 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800360 | 2019-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,64 | 13,74 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,43 |
| 725 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991415907 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,28 | 22,39 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,78 |
| 726 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957255 | 2020-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,07 |
| 727 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991057596 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,25 | 46,80 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,57 |
| 728 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg | 28 szt. | 05909991058609 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,25 | 46,80 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,57 |
| 729 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957170 | 2020-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,98 |
| 730 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865178 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,59 | 26,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,31 |
| 731 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865185 | 2020-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |
| 732 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136840 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 60,48 | 72,13 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 34,29 |
| 733 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865222 | 2020-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-----|--|------------------------------------|---------|----------------|---|--|---|-------|-------|-------|---|--|---------------------|-------|
| 734 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg | 28 szt. | 05909990865260 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,55 | 51,31 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,08 |
| 735 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865130 | 2021-03-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,87 |
| 736 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865147 | 2020-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,28 | 26,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,99 |
| 737 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136833 | 2022-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,24 | 37,35 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,43 |
| 738 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,31 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerytach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,17 |
| 739 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,31 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,97 |
| 740 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 13,47 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerytach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,33 |
| 741 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 13,47 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,13 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 742 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 13,47 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,33 |
| 743 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,99 | 13,47 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,13 |
| 744 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 15,82 | 12,41 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,61 |
| 745 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,75 | 15,82 | 12,41 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,41 |
| 746 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,53 | 25,32 | 20,69 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,83 |
| 747 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,53 | 25,32 | 20,69 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,63 |
| 748 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,82 | 16,39 | 15,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 749 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,82 | 16,39 | 15,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,87 |
| 750 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 23,63 | 31,03 | 31,03 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 751 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 23,63 | 31,03 | 31,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 752 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,21 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,19 |
| 753 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,21 | 8,22 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,99 |
| 754 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,56 | 20,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 755 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 15,12 | 20,56 | 20,56 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 756 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,19 | 10,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,05 |
| 757 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,19 | 10,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 2,85 |
| 758 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,73 | 15,80 | 12,41 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,59 |
| 759 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 | 2022-01-01 | 3 lata | 159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 11,73 | 15,80 | 12,41 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,39 |
| 760 | Cariprazine | Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909991337056 | 2021-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpyschotyczne - kariprazyna | 204,98 | 233,11 | 233,11 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 761 | Cariprazine | Reagila, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909991337155 | 2021-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpyschotyczne - kariprazyna | 204,98 | 233,11 | 233,11 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 762 | Cariprazine | Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909991337230 | 2021-11-01 | 2 lata | 178.13, Leki przeciwpyschotyczne - kariprazyna | 204,98 | 233,11 | 233,11 | Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 763 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990570430 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,67 | 9,28 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 764 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990570409 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,31 | 13,18 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,63 |
| 765 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909990570454 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,24 | 7,16 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,77 |
| 766 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 12.5 mg | 30 szt. | 05909990074099 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,79 | 10,46 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,69 |
| 767 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990074129 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,44 | 14,36 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,81 |
| 768 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 6.25 mg | 30 szt. | 05909990074051 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,69 | 7,64 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,25 |
| 769 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909990727148 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,15 | 9,79 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,02 |
| 770 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990727193 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,69 | 13,57 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,02 |
| 771 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909990727100 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,21 | 7,14 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,75 |
| 772 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12.5 mg | 30 szt. | 05909991017019 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,96 | 10,64 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,87 |
| 773 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991017118 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,91 | 13,81 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|----------------------------------|------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 774 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3.125 mg | 30 szt. | 05909991016814 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,21 | 7,88 | 0,99 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,19 |
| 775 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909991016913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,69 | 7,64 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,25 |
| 776 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6.25 mg | 30 szt. | 05909990983315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,63 | 7,58 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,19 |
| 777 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990216505 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,77 | 10,44 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,67 |
| 778 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990216567 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,80 | 13,69 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,14 |
| 779 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg | 30 szt. | 05909990216604 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,75 | 7,39 | 0,99 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,70 |
| 780 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12.5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,40 | 11,10 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,33 |
| 781 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12.5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 18,79 | 22,08 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 16,53 |
| 782 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 11,88 | 14,82 | 7,93 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,27 |
| 783 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 23,76 | 28,91 | 15,85 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 17,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 784 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 6,48 | 7,42 | 1,98 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,03 |
| 785 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,96 | 14,84 | 3,96 | Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV | zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,07 |
| 786 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137411 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,66 | 20,06 | 12,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,80 |
| 787 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137428 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 19,98 | 25,31 | 16,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,96 |
| 788 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990137510 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 31,32 | 38,58 | 25,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,05 |
| 789 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990137527 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 37,04 | 45,64 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,93 |
| 790 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny | 05909990775910 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,10 | 37,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 29,31 |
| 791 | Cefaclorum | Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml | 1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny | 05909990775927 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 46,44 | 57,51 | 50,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 32,45 |
| 792 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg | 10 szt. | 05909990676514 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,20 | 23,60 | 12,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,51 |
| 793 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 10 szt. | 05909990676613 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,60 | 30,99 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,87 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 794 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 14 szt. | 05909990676620 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,83 | 42,77 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,40 |
| 795 | Cefaclorum | Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 10 szt. | 05909990676712 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,39 | 45,72 | 24,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,54 |
| 796 | Cefuroximium | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg | 26 ml | 05909990059515 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 10,49 | 14,40 | 10,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,92 |
| 797 | Cefuroximium | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg | 17 ml | 05909990806812 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 3,37 | 4,18 | 1,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,27 |
| 798 | Cefuroximium | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg | 17 ml | 05909990806911 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 4,99 | 6,52 | 3,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,69 |
| 799 | Cefuroximium | Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg | 17 ml | 05909990059416 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 5,70 | 7,92 | 5,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,18 |
| 800 | Cefuroximium | Bioracef, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990063840 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,29 | 29,61 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,49 |
| 801 | Cefuroximium | Bioracef, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909990063857 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,09 | 37,79 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,42 |
| 802 | Cefuroximium | Bioracef, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990063697 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,88 | 40,93 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,69 |
| 803 | Cefuroximium | Bioracef, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909990063703 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,81 | 50,83 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,09 |
| 804 | Cefuroximium | Cefox, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909991255145 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,82 | 18,63 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 805 | Cefuroxim | Cefox, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909991255152 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 25,45 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,08 |
| 806 | Cefuroxim | Cefox, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991255183 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,15 | 33,87 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,63 |
| 807 | Cefuroxim | Cefox, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991255190 | 2019-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,51 | 48,42 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,68 |
| 808 | Cefuroxim | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 250 mg | 10 szt. | 05909991353469 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,70 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,58 |
| 809 | Cefuroxim | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 szt. | 05909991353483 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,98 | 31,58 | 31,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,79 |
| 810 | Cefuroxim | Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 szt. | 05909991353490 | 2019-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,57 | 43,23 | 43,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,62 |
| 811 | 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 | 26,98 | 35,08 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,37 |
| 812 | 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 | 14,45 | 19,50 | 16,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,15 |
| 813 | Cefuroxim | Ceroxim, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909991263331 | 2022-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,47 | 17,20 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,08 |
| 814 | Cefuroxim | Ceroxim, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909991263355 | 2022-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,47 | 24,54 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 815 | Cefuroxim | Ceroxim, tabl. powł., 250 mg | 20 szt. | 05909991263362 | 2022-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,06 | 32,72 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,48 |
| 816 | 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 | 53,96 | 66,83 | 66,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,42 |
| 817 | 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 | 26,98 | 35,08 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,37 |
| 818 | Cefuroxim | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 10 tabl. | 05909991263386 | 2017-09-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,25 | 31,87 | 31,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,94 |
| 819 | Cefuroxim | Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991263409 | 2017-09-01 | 5 lat | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,45 | 48,35 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,61 |
| 820 | Cefuroxim | Ceroxim, tabl. powł., 500 mg | 20 szt. | 05909991263416 | 2022-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 49,68 | 61,88 | 61,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 30,94 |
| 821 | Cefuroxim | Furocef, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991231194 | 2021-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,63 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,39 |
| 822 | Cefuroxim | Furocef, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991231217 | 2021-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,29 | 46,08 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,34 |
| 823 | 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 | 14,56 | 19,40 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,28 |
| 824 | 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 | 18,68 | 24,76 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 825 | Cefuroximium | Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991265328 | 2022-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,22 | 33,94 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,70 |
| 826 | Cefuroximium | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 10 szt. | 05909990224456 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,05 | 36,91 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,67 |
| 827 | Cefuroximium | Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg | 14 szt. | 05907626701760 | 2021-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,58 | 47,44 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,70 |
| 828 | Cefuroximium | Zamur 250, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990216383 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,04 | 18,85 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,73 |
| 829 | Cefuroximium | Zamur 250, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909991067946 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,66 | 25,79 | 22,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,42 |
| 830 | Cefuroximium | Zamur 500, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990216390 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,08 | 35,89 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,65 |
| 831 | Cefuroximium | Zamur 500, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991067953 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,31 | 49,26 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,52 |
| 832 | Cefuroximium | Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg | 10 fiol. | 05909990069927 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 91,80 | 109,71 | 109,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 54,86 |
| 833 | Cefuroximium | Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub infuzji, 750 mg | 10 fiol. | 05909990069828 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego | 45,90 | 57,52 | 54,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 30,09 |
| 834 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 125 mg | 10 szt. | 05909990083213 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,94 | 12,90 | 8,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,84 |
| 835 | Cefuroximium | Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990051342 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,32 | 35,43 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 836 | Cefuroximium | Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml | 05909990051335 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 14,42 | 19,47 | 16,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,12 |
| 837 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909997196350 | 2022-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,07 | 17,83 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,71 |
| 838 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909991260071 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,28 | 18,05 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,93 |
| 839 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990083312 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,58 | 19,42 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,30 |
| 840 | Cefuroximium | Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu) | 05909990468812 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 27,08 | 35,18 | 33,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,47 |
| 841 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909997210605 | 2021-07-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,61 | 32,25 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,13 |
| 842 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991283575 | 2020-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 32,49 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,25 |
| 843 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991359331 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 32,49 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,25 |
| 844 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909997200118 | 2021-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,33 | 33,01 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,77 |
| 845 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909997196077 | 2022-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,38 | 33,06 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,82 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|-----------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 846 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991399290 | 2021-05-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,38 | 33,06 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,82 |
| 847 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990083411 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,70 | 33,40 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,16 |
| 848 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991260095 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,87 | 33,57 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,33 |
| 849 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991433093 | 2021-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,63 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,39 |
| 850 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991418212 | 2020-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,56 | 44,27 | 44,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,14 |
| 851 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991425203 | 2020-09-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,78 | 44,49 | 44,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,25 |
| 852 | Cefuroximium | Zinnat, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909990083435 | 2022-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,52 | 45,28 | 45,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,64 |
| 853 | Cefuroximium | Zinnox, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909991082932 | 2022-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,91 | 18,72 | 16,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,60 |
| 854 | Cefuroximium | Zinnox, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991082949 | 2022-03-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,30 | 35,08 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,84 |
| 855 | Cefuroximium | Zinnox, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991401641 | 2020-01-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,99 | 46,82 | 45,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 856 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powł., 10 mg | 20 szt. | 05909990410729 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 9,25 | 8,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,64 |
| 857 | Cetirizine dihydrochloride | Amertil, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990410736 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,02 | 13,94 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,52 |
| 858 | Cetirizini dihydrochloridum | Alermed, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990910793 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,76 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,34 |
| 859 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990569441 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 14,75 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,33 |
| 860 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 10 ml | 05909991103811 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,79 | 9,59 | 8,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 3,58 |
| 861 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 butelka 20 ml | 05909991103835 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,70 | 16,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,01 |
| 862 | Cetirizini dihydrochloridum | Allertec, syrop, 5 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990851119 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,98 | 12,94 | 8,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,93 |
| 863 | Cetirizini dihydrochloridum | Amertil, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05907695215250 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,39 | 25,75 | 24,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 8,92 |
| 864 | Cetirizini dihydrochloridum | Letizen, tabl. powł., 10 mg | 20 szt. | 05909990869725 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,10 | 9,91 | 8,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 4,30 |
| 865 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. po 75 ml | 05909990781515 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 8,29 | 10,66 | 6,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 6,16 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 866 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991386672 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,77 | 16,47 | 16,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 4,94 |
| 867 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml | 1 but. 20 ml | 05909991457020 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,40 | 17,13 | 17,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,14 |
| 868 | Cetirizini dihydrochloridum | Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml | 20 ml | 05909990184736 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,42 | 17,15 | 17,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,15 |
| 869 | Cetirizinum | Zyrtec, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990184637 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,01 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,59 |
| 870 | Cetrorelixum | Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. | 05909990488926 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza - antygonadotropiny uwalniające hormony | 85,75 | 103,04 | 103,04 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli | | 50% | 51,52 |
| 871 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powł., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl | 79,36 | 96,00 | 96,00 | Nowotwory złośliwe | amyloidoza | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 872 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 tabl. | 05909991139582 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina | 14,20 | 19,39 | 19,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfirią skóra późna | 30% | 5,82 |
| 873 | 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 | 9,83 | 6,12 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 6,91 |
| 874 | 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 | 9,83 | 6,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,55 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 875 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg | 50 szt. | 05909990203116 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpyschotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,01 | 20,41 | 20,41 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 876 | Chlorprothixeni hydrochloridum | Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg | 50 szt. | 05909990203116 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.3, Leki przeciwpyschotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,01 | 20,41 | 20,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,12 |
| 877 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 123,12 | 144,24 | 144,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 12,80 |
| 878 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,56 | 75,60 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,88 |
| 879 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 81,00 | 96,01 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,29 |
| 880 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 | 2020-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 40,50 | 49,88 | 36,06 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 17,02 |
| 881 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990787463 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 237,60 | 267,95 | 267,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alport'a 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 czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,41 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|-------------------------------------|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 882 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990787289 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,95 | 67,12 | 66,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,38 |
| 883 | Ciclosporinum | Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990787357 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,72 | 133,87 | 133,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 884 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg | 50 szt. | 05909990946624 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 237,60 | 267,95 | 267,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,41 |
| 885 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909991460679 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 268,38 | 301,57 | 301,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 886 | Ciclosporinum | Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990946716 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 277,02 | 310,64 | 310,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 |
| 887 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg | 50 szt. | 05909990946426 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 53,95 | 67,12 | 66,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 3,38 |
| 888 | Ciclosporinum | Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg | 50 szt. | 05909990946525 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,72 | 133,87 | 133,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 |
| 889 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg | 60 szt. | 05909990406111 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 46,72 | 55,86 | 32,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 26,93 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 890 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg | 50 szt. | 05909990336814 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 245,01 | 275,73 | 267,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 11,19 |
| 891 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml | 50 ml | 05909990336913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 307,30 | 342,44 | 310,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 35,00 |
| 892 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg | 50 szt. | 05909990336616 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,19 | 74,72 | 66,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 10,98 |
| 893 | Ciclosporinum | Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg | 50 szt. | 05909990336715 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 122,18 | 142,76 | 133,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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 | 12,09 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 894 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909990678648 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,70 | 8,74 | 2,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,74 |
| 895 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powł., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990678655 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,93 | 14,05 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,33 |
| 896 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990678679 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,35 | 23,10 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,22 |
| 897 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909990066667 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,15 | 9,21 | 2,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,21 |
| 898 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990066780 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 16,15 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,07 |
| 899 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990066803 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 22,02 | 26,07 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,92 |
| 900 | Ciprofibratum | Liponor, kaps., 100 mg | 30 szt. | 05909990376612 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,60 | 23,88 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,12 |
| 901 | Ciprofloxacinum | Ciphin 500, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990499113 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,56 | 10,91 | 10,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,46 |
| 902 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990066414 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,36 | 7,28 | 5,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,48 |
| 903 | Ciprofloxacinum | Ciprinol, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990066216 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,83 | 11,19 | 11,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,60 |
| 904 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990308514 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 5,39 | 7,31 | 5,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,51 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 905 | Ciprofloxacinum | Cipronex, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990334964 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,94 | 11,31 | 11,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,72 |
| 906 | Ciprofloxacinum | Cipropol, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909990729012 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,83 | 11,19 | 11,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,60 |
| 907 | Ciprofloxacinum | Proxacin 250, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909991033514 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 4,86 | 6,75 | 5,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,95 |
| 908 | Ciprofloxacinum | Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg | 10 szt. | 05909991033613 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 7,78 | 11,13 | 11,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,57 |
| 909 | Clarithromycinum | Apiclar, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909991311230 | 2020-09-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,69 | 12,57 | 12,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,48 |
| 910 | Clarithromycinum | Apiclar, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991311285 | 2020-09-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,39 | 23,70 | 23,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,85 |
| 911 | Clarithromycinum | Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909990773626 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,63 | 18,81 | 12,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,72 |
| 912 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909990781010 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 25,85 | 24,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,66 |
| 913 | Clarithromycinum | Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg | 28 szt. | 05909991036546 | 2021-05-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 48,09 | 48,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,05 |
| 914 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. (1 blister po 14 szt.) | 05909990081165 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,58 | 18,76 | 12,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,67 |
| 915 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909990045532 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,63 | 25,00 | 24,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 916 | Clarithromycinum | Klabax, tabl. powł., 500 mg | 20 szt. | 05909990045549 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,78 | 34,84 | 34,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,42 |
| 917 | Clarithromycinum | Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990620654 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 20,30 | 27,24 | 27,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,62 |
| 918 | Clarithromycinum | Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909990620647 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,18 | 17,03 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,83 |
| 919 | Clarithromycinum | Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990620678 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 41,04 | 52,15 | 52,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,08 |
| 920 | Clarithromycinum | Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909990620661 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 24,62 | 32,47 | 32,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,24 |
| 921 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426453 | 2021-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 20,30 | 27,24 | 27,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,62 |
| 922 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426446 | 2021-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,18 | 17,03 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,83 |
| 923 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909991426477 | 2021-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 41,04 | 52,15 | 52,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,08 |
| 924 | Clarithromycinum | Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but.po 60 ml | 05909991426491 | 2021-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 24,62 | 32,47 | 32,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,24 |
| 925 | Clarithromycinum | Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 100 ml | 05909990331727 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 21,73 | 28,74 | 27,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 926 | Clarithromycinum | Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 60 ml | 05909990331710 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 13,12 | 18,02 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,82 |
| 927 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powł., 250 mg | 10 szt. | 05909990331819 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,88 | 15,08 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,73 |
| 928 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powł., 250 mg | 14 szt. | 05909990331826 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,63 | 20,91 | 12,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,82 |
| 929 | Clarithromycinum | Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. o 60 ml | 05909990780624 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 26,24 | 34,16 | 32,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,75 |
| 930 | Clarithromycinum | Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 100 ml | 05909990780631 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 43,47 | 54,70 | 54,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,35 |
| 931 | Clarithromycinum | Klacid, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909990719419 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,26 | 40,36 | 24,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,17 |
| 932 | Clarithromycinum | Klarmin, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991030117 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,60 | 28,12 | 24,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,93 |
| 933 | Clarithromycinum | Lekoklar, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml | 1 but. po 68,3 g | 05909990946075 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 18,42 | 25,26 | 25,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,63 |
| 934 | Clarithromycinum | Lekoklar, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml | 1 but. po 68,3 g | 05909990946198 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 36,84 | 47,73 | 47,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,87 |
| 935 | Clarithromycinum | Lekoklar forte, tabl. powł., 500 mg | 14 szt. | 05909991282776 | 2019-11-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,66 | 21,88 | 21,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,94 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 936 | Clarithromycinum | Lekoklar forte, tabletki powlekane, 500 mg | 14 tabl. | 05909991316761 | 2017-09-01 | 5 lat | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,66 | 21,88 | 21,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,94 |
| 937 | Clarithromycinum | Taclar, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 05909991023416 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,06 | 25,45 | 24,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,26 |
| 938 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg | 16 szt. | 05909991001438 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,43 | 19,68 | 18,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,34 |
| 939 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991001520 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,81 | 29,86 | 28,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,86 |
| 940 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 16 szt. | 05909991001537 | 2021-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,86 | 37,35 | 37,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,68 |
| 941 | Clindamycinum | Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg | 30 szt. | 05909991001544 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 57,02 | 70,06 | 70,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 35,05 |
| 942 | Clindamycinum | Clindanea, tabl. powl., 600 mg | 12 szt. | 05909991414207 | 2021-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,60 | 28,59 | 28,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,59 |
| 943 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 150 mg | 16 szt. | 05909990071210 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,60 | 10,75 | 9,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,08 |
| 944 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 300 mg | 16 szt. | 05909990306435 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,21 | 20,50 | 18,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,16 |
| 945 | Clindamycinum | Dalacin C, kaps., 75 mg | 16 szt. | 05909990071111 | 2022-01-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,86 | 8,72 | 4,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 946 | Clindamycynum | Klimicin, kaps. twarde, 300 mg | 16 szt. | 05907626707397 | 2022-05-01 | 3 lata | 102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,96 | 18,14 | 18,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,07 |
| 947 | 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 | 24,84 | 32,49 | 32,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 948 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997196497 | 2022-07-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,83 | 17,57 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,46 |
| 949 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909997013800 | 2019-11-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,85 | 17,59 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,48 |
| 950 | Clobetasoli propionas | Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml | 50 ml | 05909990369928 | 2022-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 16,63 | 21,56 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,45 |
| 951 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990294916 | 2022-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 6,91 | 8,70 | 4,63 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,07 |
| 952 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990295012 | 2022-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 10,91 | 14,66 | 11,57 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,09 |
| 953 | Clomipramini hydrochloridum | Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 20 szt. | 05909990295111 | 2022-01-01 | 3 lata | 183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe | 17,17 | 23,14 | 23,14 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 954 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909990135615 | 2022-01-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 6,48 | 8,16 | 4,46 | Padaczka | | ryczałt | 6,90 |
| 955 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990135516 | 2022-01-01 | 3 lata | 158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny | 12,96 | 17,83 | 17,83 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 956 | Clopidamidum | Clopidamid VP, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990141012 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 3,74 | 7,78 | 7,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,33 |
| 957 | Clopidogrelum | Agrexex, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909991251949 | 2022-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 15,10 | 21,22 | 21,22 | Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania | | 30% | 6,37 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 958 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909991397005 | 2020-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 15,12 | 21,23 | 21,23 | 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% | 6,37 |
| 959 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909990754748 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 18,35 | 24,62 | 24,62 | 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% | 7,39 |
| 960 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909991167011 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 26,87 | 33,56 | 24,62 | 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% | 16,33 |
| 961 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909990625826 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 18,85 | 25,14 | 24,62 | 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% | 7,91 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 962 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909990768141 | 2021-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 14,53 | 20,61 | 20,61 | 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% | 6,18 |
| 963 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909991029388 | 2021-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 16,20 | 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 |
| 964 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909990727667 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 15,66 | 21,79 | 21,79 | 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 |
| 965 | Clopidogrelum | Pegorel, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909990793730 | 2022-03-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 15,66 | 21,79 | 21,79 | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 966 | Clopidogrelum | Plavocorin, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990762729 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 19,55 | 25,88 | 24,62 | 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 |
| 967 | Clopidogrelum | Vixam, tabl. powł., 75 mg | 30 szt. | 05909990866533 | 2022-05-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 20,51 | 27,14 | 26,38 | 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% | 8,67 |
| 968 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05901878600475 | 2021-07-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 14,13 | 20,19 | 20,19 | 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% | 6,06 |
| 969 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05903792743382 | 2020-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel | 14,15 | 20,21 | 20,21 | 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% | 6,06 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 970 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 05909991109219 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopido-grel | 16,20 | 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 |
| 971 | Cloxacillinum | Syntarpen, tabl. powł., 500 mg | 16 szt. | 05909990295715 | 2022-01-01 | 3 lata | 89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina | 30,24 | 39,01 | 39,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 19,51 |
| 972 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 100 szt. | 05909991327736 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 46,55 | 39,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,59 |
| 973 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991327705 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,35 | 24,71 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,73 |
| 974 | Clozapinum | Clopizam, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991327606 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,84 | 6,53 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,54 |
| 975 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909990139521 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,84 | 30,48 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 10,50 |
| 976 | Clozapinum | Klozapol, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909990139422 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,02 | 8,82 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,83 |
| 977 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 100 mg | 50 szt. | 05909991373443 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,88 | 24,22 | 19,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 4,24 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------|---|---|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 978 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991373467 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,76 | 46,51 | 39,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 6,55 |
| 979 | Clozapinum | Symcloza, tabl., 25 mg | 50 szt. | 05909991373382 | 2019-09-01 | 3 lata | 178.1, Leki przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,72 | 6,41 | 4,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,42 |
| 980 | Colecalciferolum | Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml | 10 ml | 05909991047818 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 18.2, Witamina D i jej metabolity - coleskalciferol i kalcyfediol | 6,48 | 9,34 | 9,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 981 | Colistimethatum natricum | Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU | 20 fiol. | 05909990366514 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna | 356,40 | 396,08 | 396,08 | Mukowiscydoza | <1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - profilaktyka u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza; zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza | ryczałt | 3,20 |
| 982 | Collagenasum | Irxol Mono, maść, 1,2 j./g | 20 g | 05909990015412 | 2022-01-01 | 3 lata | 51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran | 31,32 | 40,32 | 40,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,16 |
| 983 | Conestatum alfa | Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania | 08718309680077 | 2022-05-01 | 2 lata | 241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa | 3690,36 | 3951,82 | 3951,82 | Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esteraazy C1 | ryczałt | 3,20 | |
| 984 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077482 | 2020-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1237,47 | 1346,97 | 1346,97 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 985 | Corifollitropinum alfa | Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg | 1 amp.-strz. 0,5 ml | 05909997077499 | 2020-01-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1237,47 | 1346,97 | 1346,97 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 |
| 986 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 | 2022-01-01 | 3 lata | 26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina | 8,75 | 12,45 | 12,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,74 |
| 987 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 72,36 | 88,08 | 88,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc | ryczałt | 3,20 |
| 988 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. | 05909990240814 | 2022-03-01 | 3 lata | 117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid | 72,36 | 88,08 | 88,08 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 989 | Cyproteroni acetat | Androcur, tabl., 50 mg | 20 szt. | 05909990657476 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej | 29,62 | 38,27 | 36,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 13,06 |
| 990 | Cyproteroni acetat | Androcur, tabl., 50 mg | 50 szt. | 05909990657483 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej | 74,06 | 90,04 | 90,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 27,01 |
| 991 | 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, etinylestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 7,88 | 10,47 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,36 |
| 992 | 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, etinylestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 8,64 | 11,27 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,16 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-----|---|---------------------------------------|------------------------------|----------------|------------|--------|--|-------|-------|-------|---|----|-----|-------|
| 993 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg | 63 szt. | 0590999022230 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 25,92 | 32,12 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,78 |
| 994 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | OC-35, tabl. powł., 2+0,035 mg | 21 szt. | 05909990046171 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 9,00 | 11,65 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,54 |
| 995 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | OC-35, tabl. powł., 2+0,035 mg | 63 szt. | 05909990046188 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 26,78 | 33,02 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |
| 996 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg | 21 szt. | 05909990037773 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 8,64 | 11,27 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,16 |
| 997 | Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum | Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg | 63 szt. (3 blist.po 21 szt.) | 05909990086788 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 25,92 | 32,12 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,78 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--|--|-----------------------------|----------------|---|--------|---|--------|--------|-------|--|----|---------|-------|
| 998 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulkach, 1 dawka | 1 amp.-strzyk 0,5 ml z igłą | 05909991302108 | <1>2020-09-01/<2>2020-11-01/<3>2021-11-01 | 2 lata | 247,0, Szczepionki przeciw grypie | 41,04 | 51,90 | 51,90 | <1>Czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce; <2>Profilaktyka grypy u kobiet w ciąży, u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia oraz u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurodegeneracyjne; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego); <3>Czynne uodpornienie dzieci od ukończenia 6 miesiąca życia do ukończenia 24 miesiąca życia oraz od ukończenia 60 miesiąca życia do 18 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które są zawarte w szczepionce | | 50% | 25,95 |
| 999 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 10 szt. | 05909990641253 | 2021-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 38,34 | 45,21 | 21,07 | Żylne powikłania 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 | 27,34 |
| 1000 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 130,44 | 63,21 | <1>Żylne powikłania 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 | 70,43 |
| 1001 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 | <1>2021-03-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 130,44 | 63,21 | <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 86,19 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------------|----------------------------------|----------|----------------|--|---|---|--------|--------|--------|--|--|---------|-------|
| 1002 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990887453 | 2020-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 132,32 | 86,18 | Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia | | 30% | 71,99 |
| 1003 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909990641222 | 2021-03-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 115,02 | 128,56 | 43,10 | Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 88,66 |
| 1004 | Danazolium | Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg | 100 szt. | 05909990925339 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol | 162,00 | 186,85 | 186,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny | ryczałt | 3,56 |
| 1005 | Dapagliflozinum | Forxiga, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990975884 | <1>2021-11-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 | <1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy/<3>1 rok 4 miesiące | 251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny | 153,90 | 178,14 | 178,14 | <1>>Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>-Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca (LVEF \leq 40%) oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów; <3> Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m ² , albuminurią \geq 200 mg/g oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii | | 30% | 53,44 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1006 | Degareliks | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg | 2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp. | 05909990774869 | 2019-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks | 1496,29 | 1619,24 | 1619,24 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,48 |
| 1007 | Degareliks | Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg | 1 fiol. z prosz. i 1 amp.-strz. rozp. | 05909990774852 | 2019-09-01 | 3 lata | 237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks | 498,71 | 549,24 | 549,24 | Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1008 | Denosumabum | Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990761647 | 2021-05-01 | 2 lata | 231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab | 567,15 | 622,90 | 622,90 | Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nieterancja) 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 (nieterancja) do ich stosowania | | 30% | 186,87 |
| 1009 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991032838 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,12 | 15,09 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,67 |
| 1010 | Desloratadinum | Dasselta, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991032852 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,36 | 41,92 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,66 |
| 1011 | Desloratadinum | Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 120 ml | 05909990969364 | 2022-07-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,31 | 12,63 | 10,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,43 |
| 1012 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990969654 | 2022-01-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,91 | 12,78 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,36 |
| 1013 | Desloratadinum | Delortan, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990969678 | 2020-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,63 | 34,84 | 34,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1014 | Desloratadinum | Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990964574 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 13,18 | 17,27 | 12,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,27 |
| 1015 | Desloratadinum | Deslodyna, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990964611 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 14,88 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,46 |
| 1016 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991359454 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,56 | 11,36 | 11,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,41 |
| 1017 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 08901175035427 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,53 | 21,70 | 21,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,51 |
| 1018 | Desloratadinum | Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991359478 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,27 | 31,31 | 31,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,39 |
| 1019 | Desloratadinum | Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 150 ml | 05909990975921 | 2022-01-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,65 | 15,67 | 12,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,67 |
| 1020 | Desloratadinum | Dynid, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990979981 | 2022-01-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,67 | 13,57 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,15 |
| 1021 | Desloratadinum | Dynid, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05902020241669 | 2019-09-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 24,10 | 24,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,27 |
| 1022 | Desloratadinum | Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909990981458 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 15,55 | 19,77 | 12,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,77 |
| 1023 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg | 30 szt. | 05909990981359 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,40 | 9,72 | 6,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,51 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1024 | Desloratadinum | Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 05909990981373 | 2021-03-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 18,71 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,29 |
| 1025 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909990994533 | 2021-05-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 25,69 | 24,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,86 |
| 1026 | Desloratadinum | Jovesto, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990994540 | 2020-11-01 | 3 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,81 | 36,08 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,82 |
| 1027 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 150,66 | 174,60 | 174,60 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 3,20 |
| 1028 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg | 30 szt. | 05909990068548 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 150,66 | 174,60 | 174,60 | Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | 30% | 52,38 |
| 1029 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 301,32 | 336,80 | 336,80 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 6,40 |
| 1030 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg | 30 szt. | 05909990068579 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 301,32 | 336,80 | 336,80 | Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | 30% | 101,04 |
| 1031 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 75,33 | 91,51 | 87,30 | Moczówka prosta przysadkowa | | ryczałt | 7,41 |
| 1032 | Desmopressinum | Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg | 30 szt. | 05909990068494 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny | 75,33 | 91,51 | 87,30 | Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego | 30% | 30,40 |
| 1033 | Dexamethasonum | Demezoon, tabl., 1 mg | 40 szt. | 05909991389178 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 23,22 | 30,86 | 28,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1034 | Dexamethasonum | Demezon, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991389208 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 46,44 | 58,57 | 56,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,38 |
| 1035 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991397524 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 234,36 | 265,21 | 265,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 28,44 |
| 1036 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991397258 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 241,92 | 273,15 | 273,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 28,44 |
| 1037 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991393984 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 46,98 | 59,14 | 56,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,95 |
| 1038 | Dexamethasonum | Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991397319 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 48,38 | 60,61 | 56,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 9,42 |
| 1039 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991297763 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 252,72 | 284,49 | 284,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 28,51 |
| 1040 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05909991297480 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 50,54 | 62,88 | 56,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,69 |
| 1041 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg | 20 szt. | 05909991297879 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 502,16 | 553,03 | 553,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 56,89 |
| 1042 | Dexamethasonum | Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05909991297633 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 101,09 | 119,95 | 113,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 17,56 |
| 1043 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05904374007854 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 16,96 | 21,96 | 14,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 10,94 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1044 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05900411007351 | 2022-03-01 | 3 lata | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 252,66 | 284,42 | 284,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 28,44 |
| 1045 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg | 20 szt. | 05900411007276 | 2022-03-01 | 3 lata | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 50,53 | 62,87 | 56,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,68 |
| 1046 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg | 20 szt. | 05904374007861 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 8,48 | 11,39 | 7,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 7,48 |
| 1047 | Dexamethasonum | Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg | 20 szt. | 05900411007313 | 2022-03-01 | 3 lata | 81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego | 101,07 | 119,93 | 113,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,54 |
| 1048 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml | 5 mikrowlewk a 2,5 ml | 05909990751518 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki) | 20,92 | 26,10 | 16,40 | Padaczka | drgawki inne niż określone w ChPL | ryczałt | 12,90 |
| 1049 | Diazepamum | Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml | 5 mikrowlewk a 2,5 ml | 05909990751617 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki) | 25,09 | 32,79 | 32,79 | Padaczka | drgawki inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 1050 | Diclofenacum | Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990145317 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 7,51 | 10,77 | 10,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,69 |
| 1051 | 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 | 16,96 | 22,48 | 21,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,63 |
| 1052 | Diclofenacum | Ofen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990457137 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 22,68 | 31,06 | 31,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,53 |
| 1053 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 10 amp.po 3 ml | 05909990753024 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 11,45 | 15,92 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,96 |
| 1054 | Diclofenacum natricum | Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990753017 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,72 | 8,30 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1055 | Diclofenacum natricum | Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 10 ml (but.) | 05909990074044 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 15,12 | 20,56 | 20,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1056 | Diclofenacum natricum | DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990752010 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,96 | 14,38 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,95 |
| 1057 | Diclofenacum natricum | Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml | 5 ml | 05909991026516 | 2022-01-01 | 3 lata | 210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak | 8,53 | 11,84 | 10,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,76 |
| 1058 | Diclofenacum natricum | Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 20 szt. | 05909990033614 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,13 | 8,00 | 8,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,00 |
| 1059 | Diclofenacum natricum | Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 5 amp.po 3 ml | 05909990241910 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 5,72 | 8,30 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,15 |
| 1060 | Diclofenacum natricum | Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990974122 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,45 | 14,89 | 10,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,46 |
| 1061 | Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum | Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990161119 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego | 9,29 | 12,05 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,90 |
| 1062 | Dienogest | Diemono, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909991405120 | 2020-01-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 32,10 | 40,61 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 7,54 |
| 1063 | Dienogestum | Aridya, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909991430702 | 2021-05-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 27,00 | 35,25 | 35,25 | Endometrioza | | ryczałt | 3,20 |
| 1064 | Dienogestum | Endofemine, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05901797710804 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,24 | 38,65 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 5,58 |
| 1065 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991398569 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,78 | 39,22 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 6,15 |
| 1066 | Dienogestum | Endovelle, tabl., 2 mg | 84 szt. | 05909991398576 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 92,34 | 109,86 | 108,81 | Endometrioza | | ryczałt | 10,01 |
| 1067 | Dienogestum | Probella, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991396978 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 32,07 | 40,57 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 7,50 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1068 | Dienogestum | Symdieno, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909991392871 | 2020-03-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 30,24 | 38,65 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 5,58 |
| 1069 | Dienogestum | Visanne, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990776962 | 2019-11-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 110,97 | 123,42 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 90,35 |
| 1070 | Dienogestum | Zafilla, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05907594032552 | 2020-09-01 | 3 lata | 66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest | 27,97 | 36,27 | 36,27 | Endometrioza | | ryczałt | 3,20 |
| 1071 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 33,70 | 43,20 | 43,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,96 |
| 1072 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990217045 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 33,70 | 43,20 | 43,20 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1073 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 51,49 | 63,87 | 63,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,16 |
| 1074 | Dihydrocodeini tartras | DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg | 60 szt. | 05909990217069 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina | 51,49 | 63,87 | 63,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1075 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 szt. | 05909990482917 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,99 | 11,23 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,78 |
| 1076 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg | 30 szt. | 05909990483310 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 11,87 | 16,30 | 15,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,52 |
| 1077 | Diltiazemi hydrochloridum | Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909990213214 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,02 | 9,63 | 7,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,84 |
| 1078 | Diltiazemi hydrochloridum | Oxycardil 120, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg | 30 szt. | 05909990112616 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,86 | 11,09 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,64 |
| 1079 | Diltiazemi hydrochloridum | Oxycardil 60, tabl. powł., 60 mg | 60 szt. | 05909990121120 | 2022-01-01 | 3 lata | 43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem | 7,44 | 10,65 | 10,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1080 | 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 | 183,71 | 210,22 | 205,93 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 7,49 |
| 1081 | 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 | 183,71 | 210,22 | 205,93 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 7,49 |
| 1082 | 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 | 275,40 | 308,90 | 308,90 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1083 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991024413 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 34,02 | 42,64 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 17,16 |
| 1084 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909991024420 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 58,59 | 71,92 | 71,92 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 21,58 |
| 1085 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 84 szt. | 05907695215380 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 87,88 | 105,20 | 105,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 31,56 |
| 1086 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991024314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 19,44 | 24,86 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,12 |
| 1087 | Donepezili hydrochloridum | Apo-Doperil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990770038 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 18,52 | 23,90 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,16 |
| 1088 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991464141 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,03 | 36,35 | 36,35 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,91 |
| 1089 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990689873 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 29,38 | 37,76 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,28 |
| 1090 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990689781 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 14,69 | 19,87 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,13 |
| 1091 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990683666 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 27,86 | 36,17 | 36,17 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1092 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990683581 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 15,04 | 20,24 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,50 |
| 1093 | Donepezili hydrochloridum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 30 szt. | 05909990851492 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 30,56 | 39,33 | 39,00 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,03 |
| 1094 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991056018 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,08 | 36,40 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,92 |
| 1095 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991055912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 14,04 | 19,19 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 6,45 |
| 1096 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990814138 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 18,79 | 26,65 | 26,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 8,00 |
| 1097 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990814077 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 9,40 | 14,32 | 14,32 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 4,30 |
| 1098 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990877669 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 30,20 | 38,63 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 13,15 |
| 1099 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990877553 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 15,40 | 20,62 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,88 |
| 1100 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990657360 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,62 | 36,97 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,49 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1101 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990657353 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 14,85 | 20,05 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 7,31 |
| 1102 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991403560 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 24,73 | 32,89 | 32,89 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 9,87 |
| 1103 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991398842 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 12,64 | 17,72 | 17,72 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 5,32 |
| 1104 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990798940 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 30,43 | 38,87 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 13,39 |
| 1105 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990798933 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 21,43 | 26,95 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 14,21 |
| 1106 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991275778 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 27,00 | 35,27 | 35,27 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 10,58 |
| 1107 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991275747 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 13,50 | 18,63 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 5,89 |
| 1108 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990993314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 29,70 | 38,11 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,63 |
| 1109 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990993215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 19,18 | 24,59 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,85 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1110 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990850204 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 29,70 | 38,11 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 12,63 |
| 1111 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990850075 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 19,18 | 24,59 | 18,20 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,85 |
| 1112 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990770045 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 28,19 | 36,52 | 36,40 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,04 |
| 1113 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 05902020661474 | 2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 75,06 | 92,47 | 92,47 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 27,74 |
| 1114 | Domasum alfa | Pulmozym, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml | 30 amp.a 2,5 ml | 05909990375813 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 205.2, Leki mukolityczne - domaza alfa | 2256,12 | 2427,04 | 2427,04 | Mukowiscydoza | pierwotna dyskineza rząsek | ryczałt | 3,20 |
| 1115 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 butelka 5 ml | 05909991344306 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,29 | 19,16 | 16,93 | Jaskra | | ryczałt | 5,43 |
| 1116 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki 5 ml | 05909991344313 | 2021-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,91 | 53,53 | 50,80 | Jaskra | | ryczałt | 8,06 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1117 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 | 2019-09-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 17,17 | 22,19 | 16,93 | Jaskra | | ryczałt | 8,46 |
| 1118 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,92 | 53,54 | 50,80 | Jaskra | | ryczałt | 8,07 |
| 1119 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,25 | 23,32 | 16,93 | Jaskra | | ryczałt | 9,59 |
| 1120 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000962 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 44,28 | 54,96 | 50,80 | Jaskra | | ryczałt | 9,49 |
| 1121 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 15,72 | 20,67 | 16,93 | Jaskra | | ryczałt | 6,94 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1122 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 14,13 | 19,00 | 16,93 | Jaskra | | ryczałt | 5,27 |
| 1123 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 42,39 | 52,98 | 50,80 | Jaskra | | ryczałt | 7,51 |
| 1124 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909990442423 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 24,52 | 31,23 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 9,03 |
| 1125 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 | 2021-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,99 | 25,42 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 3,22 |
| 1126 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 | 2021-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 56,96 | 70,28 | 70,28 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1127 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 | 2022-03-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 22,68 | 29,29 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 7,09 |
| 1128 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 | 2022-05-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 57,15 | 70,47 | 70,47 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1129 | Dorzolamidum + Timololum | Ofidorex, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 05909990866144 | 2019-09-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 19,12 | 25,56 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 3,36 |
| 1130 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 | 2022-01-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 23,22 | 29,86 | 25,40 | Jaskra | | ryczałt | 7,66 |
| 1131 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 0590641400955 | 2022-03-01 | 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 | 57,15 | 70,47 | 70,47 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1132 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 18,89 | 25,31 | 25,31 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1133 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 | 2022-07-01 | 3 lata | 212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu | 56,67 | 69,97 | 69,97 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1134 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 4,94 | 7,81 | 7,81 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1135 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 4,94 | 7,81 | 7,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,34 |
| 1136 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,88 | 14,70 | 14,70 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1137 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,88 | 14,70 | 14,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,41 |
| 1138 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,62 | 8,52 | 8,52 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1139 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,62 | 8,52 | 8,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,56 |
| 1140 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,23 | 16,12 | 16,12 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1141 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,23 | 16,12 | 16,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,84 |
| 1142 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 | 2022-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 33,70 | 44,13 | 44,13 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1143 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 33,70 | 44,13 | 44,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,24 |
| 1144 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,52 | 12,47 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,05 |
| 1145 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,52 | 12,47 | 4,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,24 |
| 1146 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,04 | 17,36 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,32 |
| 1147 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,04 | 17,36 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1148 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,74 | 26,11 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,83 |
| 1149 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,74 | 26,11 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,17 |
| 1150 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,12 | 44,67 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,11 |
| 1151 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,12 | 44,67 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,80 |
| 1152 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990431410 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,44 | 24,74 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,46 |
| 1153 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990431410 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,44 | 24,74 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,80 |
| 1154 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 41,75 | 50,58 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 20,02 |
| 1155 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 41,75 | 50,58 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 24,71 |
| 1156 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990854318 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,66 | 13,66 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1157 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990854318 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,66 | 13,66 | 4,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,43 |
| 1158 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,71 | 18,07 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,03 |
| 1159 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,71 | 18,07 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,60 |
| 1160 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,58 | 23,83 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,55 |
| 1161 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,58 | 23,83 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,89 |
| 1162 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,79 | 12,75 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,33 |
| 1163 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,79 | 12,75 | 4,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,52 |
| 1164 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991276492 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,18 | 7,92 | 7,92 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1165 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991276492 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,18 | 7,92 | 7,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1166 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 15,14 | 18,52 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,48 |
| 1167 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 15,14 | 18,52 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 1168 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 | 2021-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,24 | 70,26 | 70,26 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,80 |
| 1169 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,24 | 70,26 | 70,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 21,08 |
| 1170 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991276508 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,37 | 15,03 | 15,03 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1171 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991276508 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,37 | 15,03 | 15,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,51 |
| 1172 | Doxazosinum | Doxar, tabletki, 4 mg | 28 tabl. | 05909991325626 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,72 | 14,35 | 14,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,31 |
| 1173 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,55 | 22,75 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,47 |
| 1174 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,55 | 22,75 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,81 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1175 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,85 | 23,07 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,79 |
| 1176 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,85 | 23,07 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,13 |
| 1177 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,35 | 68,96 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 23,12 |
| 1178 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 57,35 | 68,96 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 30,15 |
| 1179 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991288945 | 2021-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,26 | 15,10 | 15,10 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1180 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991288945 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,26 | 15,10 | 15,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,53 |
| 1181 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,89 | 14,71 | 14,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1182 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 9,89 | 14,71 | 14,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,41 |
| 1183 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,92 | 17,24 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1184 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,92 | 17,24 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,77 |
| 1185 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,95 | 26,33 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,05 |
| 1186 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 20,95 | 26,33 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,39 |
| 1187 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991320737 | 2017-09-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1188 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991320737 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 5,67 | 8,57 | 8,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,57 |
| 1189 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991320751 | 2017-09-01 | 5 lat | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1190 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991320751 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 11,34 | 16,24 | 16,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,87 |
| 1191 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,96 | 23,19 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,91 |
| 1192 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,96 | 23,19 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1193 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,89 | 65,32 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,48 |
| 1194 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,89 | 65,32 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 26,51 |
| 1195 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,77 | 17,08 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,04 |
| 1196 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,77 | 17,08 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,61 |
| 1197 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990491414 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,68 | 23,94 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,66 |
| 1198 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990491414 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,68 | 23,94 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,00 |
| 1199 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990022571 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,68 | 23,94 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,66 |
| 1200 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990022571 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,68 | 23,94 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,00 |
| 1201 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 | 2021-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,70 | 45,29 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 14,73 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1202 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 36,70 | 45,29 | 36,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,42 |
| 1203 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990903320 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,53 | 12,48 | 4,62 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,06 |
| 1204 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990903320 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,53 | 12,48 | 4,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,25 |
| 1205 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990903429 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,93 | 17,25 | 9,24 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 11,21 |
| 1206 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990903429 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,93 | 17,25 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,78 |
| 1207 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990903511 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,28 | 22,47 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,19 |
| 1208 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990903511 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,28 | 22,47 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,53 |
| 1209 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05909990080267 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,00 | 65,44 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,60 |
| 1210 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05909990080267 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 54,00 | 65,44 | 55,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia | 30% | 26,63 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1211 | Doxycyclinum | Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909991330576 | 2021-05-01 | 3 lata | 87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina | 7,24 | 10,38 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,19 |
| 1212 | Doxycyclinum | Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg | 10 szt. | 05909990072316 | 2022-01-01 | 3 lata | 87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina | 8,37 | 11,57 | 10,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,38 |
| 1213 | Dulaglutidum | Trulicity, roztw. do wstrz., 0.75 mg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 05909991219130 | 2021-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 169,02 | 194,18 | 178,86 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² 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% | 68,98 |
| 1214 | Dulaglutidum | Trulicity, roztw. do wstrz., 1,5 mg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 05909991219161 | 2022-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 169,02 | 194,18 | 178,86 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² 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% | 68,98 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1215 | Dulaglutidum | Trulicity, roztw. do wstrz., 3 mg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 08594012697638 | 2021-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 169,02 | 194,18 | 178,86 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoczu 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% | 68,98 |
| 1216 | Dulaglutidum | Trulicity, roztw. do wstrz., 4,5 mg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 08594012697645 | 2021-09-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1 | 169,02 | 194,18 | 178,86 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoczu 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% | 68,98 |
| 1217 | Duloxetine | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991432980 | 2022-07-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,13 | 14,38 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 4,83 |
| 1218 | Duloxetine | AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991432997 | 2022-07-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 20,26 | 27,13 | 27,13 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,14 |
| 1219 | Duloxetine | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 28 szt. | 05909991324551 | 2022-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,92 | 20,46 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,91 |
| 1220 | Duloxetine | Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg | 56 szt. | 05906414003185 | 2022-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,84 | 39,29 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 20,19 |
| 1221 | Duloxetine | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 28 szt. | 05909991324537 | 2022-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,84 | 39,29 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 20,19 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1222 | Duloxetine | Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg | 56 szt. | 05906414003192 | 2022-01-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 63,69 | 75,85 | 54,57 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 37,65 |
| 1223 | Duloxetine | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991419776 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,64 | 14,91 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,36 |
| 1224 | Duloxetine | Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991419813 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,28 | 28,21 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,11 |
| 1225 | Duloxetine | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05901720140296 | 2021-05-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,85 | 15,29 | 14,62 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,06 |
| 1226 | Duloxetine | Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg | 30 szt. | 05901720140210 | 2021-05-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,71 | 28,90 | 28,90 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 8,67 |
| 1227 | Duloxetine | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05901797710644 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,12 | 15,41 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,86 |
| 1228 | Duloxetine | Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05901797710668 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,14 | 29,11 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,01 |
| 1229 | Duloxetine | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991231040 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,64 | 14,91 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,36 |
| 1230 | Duloxetine | Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991231064 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,28 | 28,21 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,11 |
| 1231 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991386498 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,45 | 15,76 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 6,21 |
| 1232 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991222239 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,49 | 15,80 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 6,25 |
| 1233 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991222253 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,99 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,89 |
| 1234 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991383688 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,90 | 29,91 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,81 |
| 1235 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991222321 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,99 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,89 |
| 1236 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991383695 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,79 | 57,06 | 54,57 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 18,86 |
| 1237 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991222345 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,96 | 57,25 | 54,57 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 19,05 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1238 | Duloxetine | Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg | 28 szt. | 05909991352172 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,47 | 43,72 | 40,93 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 15,07 |
| 1239 | Duloxetine | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991396688 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,63 | 14,90 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 5,35 |
| 1240 | Duloxetine | Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991396664 | 2020-11-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,27 | 28,19 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 9,09 |
| 1241 | Duloxetine | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909991249540 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,45 | 15,76 | 13,64 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 6,21 |
| 1242 | Duloxetine | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg | 56 szt. | 05909991249618 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,98 | 29,99 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,89 |
| 1243 | Duloxetine | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 28 szt. | 05909991249885 | 2022-03-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,90 | 29,91 | 27,28 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 10,81 |
| 1244 | Duloxetine | Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg | 56 szt. | 05909991249946 | 2020-09-01 | 2 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 45,96 | 57,25 | 54,57 | Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10) | | 30% | 19,05 |
| 1245 | Dutasteridum | Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991328696 | 2020-09-01 | 2 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,12 | 28,18 | 22,19 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 12,65 |
| 1246 | Dutasteridum | Dutafin, kaps. miękkie, 0,5 mg | 30 szt. | 05909991372606 | 2020-11-01 | 2 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 16,42 | 22,19 | 22,19 | Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego | | 30% | 6,66 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|------------------|-------------------------------|---------|----------------|--|--|--|--------|--------|--------|---|--|---------|-------|
| 1247 | Empagliflozinum | Jardiance, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991138509 | <1>2021-11-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny | 146,99 | 170,38 | 166,26 | <1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewłękła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca (LVEF \leq 40%) oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów | | 30% | 54,00 |
| 1248 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990015030 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,26 | 6,10 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,02 |
| 1249 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990015054 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,74 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,59 |
| 1250 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990020836 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,88 | 11,22 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,07 |
| 1251 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. | 05909990020829 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 20,08 | 20,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 1252 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990014934 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 2,91 | 3,88 | 2,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,88 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|------------------------|--|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1253 | Enalapril maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990014958 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,31 | 7,21 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,13 |
| 1254 | Enoxaparinum natriicum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 274,80 | 305,35 | 210,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 - 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 | 99,98 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1255 | Enoxaparinum natrium | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 49,85 | 60,01 | 42,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 21,07 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1256 | Enoxaparinum natrium | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 100,17 | 116,57 | 84,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 35,49 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1257 | Enoxaparinum natrium | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 141,17 | 161,90 | 126,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 38,68 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1258 | Enoxaparinum natrium | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 182,65 | 207,17 | 168,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,88 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1259 | 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 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 303,36 | 336,21 | 252,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 89,77 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1260 | Enoxaparinum natrium | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 359,94 | 396,90 | 316,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 88,85 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|------------------------|---|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1261 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 174,95 | 200,51 | 200,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,33 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1262 | Enoxaparinum natrium | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 32,83 | 42,14 | 42,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|--|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1263 | Enoxaparinum natrium | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 71,84 | 86,82 | 84,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 5,74 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|--|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1264 | Enoxaparinum natrium | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 105,88 | 124,85 | 124,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|--|------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1265 | Enoxaparinum natrium | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 140,65 | 163,07 | 163,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1266 | Enoxaparinum natrium | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 204,12 | 232,00 | 232,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1267 | Enoxaparinum natrium | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 255,15 | 286,86 | 286,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 8,00 |
| 1268 | Enzyma pancreatis | Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy | 50 szt. | 05909990042579 | 2022-01-01 | 3 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 47,41 | 57,77 | 45,35 | Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki | | bezpłatny do limitu | 12,42 |
| 1269 | Ergotamini tartras | Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg | 20 szt. | 05909990211517 | 2022-01-01 | 3 lata | 154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina | 3,82 | 5,61 | 5,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,81 |
| 1270 | Esomeprazolom | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990926497 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,11 | 8,84 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,42 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1271 | Esomeprazolom | Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909991074975 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,23 | 16,91 | 16,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,46 |
| 1272 | Esomeprazolom | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990926534 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,23 | 16,91 | 16,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,46 |
| 1273 | Esomeprazolom | Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991074999 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,45 | 32,02 | 32,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,01 |
| 1274 | Esomeprazolom | Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990841332 | 2022-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,43 | 9,17 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,75 |
| 1275 | Esomeprazolom | Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990841363 | 2022-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,85 | 17,56 | 17,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,78 |
| 1276 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876280 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,12 | 8,85 | 8,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,43 |
| 1277 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 56 szt. | 05909990876327 | 2021-09-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,21 | 16,89 | 16,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,45 |
| 1278 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 84 szt. | 05903060619548 | 2022-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 18,33 | 24,60 | 24,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,30 |
| 1279 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. (blister) | 05909990876778 | 2022-05-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,27 | 16,95 | 16,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,48 |
| 1280 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909990876808 | 2021-09-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,42 | 31,99 | 31,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,00 |
| 1281 | Esomeprazolom | Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 84 szt. | 05903060619555 | 2022-03-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 36,66 | 46,76 | 46,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 23,38 |
| 1282 | Esomeprazolom | Texibax, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991268275 | 2022-01-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,99 | 8,71 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,36 |
| 1283 | Esomeprazolom | Texibax, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991268282 | 2022-01-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,99 | 16,66 | 16,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,33 |
| 1284 | 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 | 9,68 | 14,02 | 14,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,21 |
| 1285 | 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 | 5,18 | 9,30 | 9,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1286 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g | 28 szasz. | 05909990447619 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 26,68 | 31,14 | 11,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 23,28 |
| 1287 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szasz. a 1g | 05909990447718 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 33,48 | 40,14 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 24,43 |
| 1288 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909991441678 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 24,30 | 30,51 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 14,80 |
| 1289 | Estradiolum | Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g | 28 szt. | 05909991382100 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 25,11 | 31,36 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 15,65 |
| 1290 | Estradiolum | Estrofem, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909990330713 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 11,23 | 15,65 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 4,70 |
| 1291 | Estradiolum | Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg | 28 szt. | 05909990823215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 10,58 | 13,38 | 7,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 7,90 |
| 1292 | Estradiolum | System 50, system transdermalny, 3.2 mg | 6 szt. | 05909990169214 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 16,63 | 22,45 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | F64.0 (wg ICD-10) | 30% | 6,74 |
| 1293 | 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 | 38,88 | 44,68 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 33,73 |
| 1294 | 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 | 19,44 | 24,27 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,32 |
| 1295 | 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 | 20,67 | 25,56 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,61 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1296 | Estradiolum + Norethisteroni acetat | System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg | 8 szt. | 05909990444717 | 2020-03-01 | 3 lata | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 31,30 | 37,87 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,16 |
| 1297 | 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 | 2020-03-01 | 3 lata | 68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami | 22,94 | 29,08 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,37 |
| 1298 | 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 | 21,38 | 26,31 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,36 |
| 1299 | Ethambutoli hydrochloridum | Ethambutol Teva, kaps., 250 mg | 250 szt. | 05909990227310 | 2020-03-01 | 3 lata | 240.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - etambutol | 91,80 | 109,71 | 109,71 | Gruźlica, w tym również gruźlica lekkooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1300 | 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 | 5,56 | 8,04 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |
| 1301 | 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 | 15,66 | 21,34 | 21,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,40 |
| 1302 | 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 | 5,72 | 8,20 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,09 |
| 1303 | 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 | 16,20 | 21,91 | 21,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,57 |
| 1304 | Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum | Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg | 21 szt. | 05909991383817 | 2022-03-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,40 | 7,87 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,76 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1305 | 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, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,62 | 8,10 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,99 |
| 1306 | 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, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 5,62 | 8,10 | 7,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,99 |
| 1307 | Ethosuximidum | Petinimid, kaps., 250 mg | 100 szt. | 05909990244911 | 2022-01-01 | 3 lata | 157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid | 49,14 | 61,26 | 61,26 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1308 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,25 mg | 60 szt. | 05909990211654 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus | 391,17 | 433,88 | 433,88 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1309 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,5 mg | 60 szt. | 05909990211357 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus | 811,08 | 885,42 | 885,42 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,20 |
| 1310 | Everolimusum | Certican tabletki, tabl., 0,75 mg | 60 szt. | 05909990211845 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus | 1222,67 | 1328,24 | 1328,13 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 3,31 |
| 1311 | Exemestanum | Etadron, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990798094 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,64 | 74,89 | 55,37 | Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 19,52 |
| 1312 | Exemestanum | Glandex, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990812202 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,76 | 75,02 | 55,37 | Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 19,65 |
| 1313 | Exemestanum | Symex, tabl. drażowane, 25 mg | 30 szt. | 05909991335489 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 62,64 | 74,89 | 55,37 | Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 19,52 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1314 | Ezetimibum | Esetin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991388669 | 2022-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,36 | 22,82 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 13,20 |
| 1315 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402303 | 2020-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,02 | 12,83 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 3,85 |
| 1316 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991402310 | 2020-03-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 28,99 | 37,54 | 37,54 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 11,26 |
| 1317 | Ezetimibum | Ezehron, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991347161 | 2021-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 15,57 | 19,71 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 10,73 |
| 1318 | Ezetimibum | Ezen, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991096229 | 2021-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 15,55 | 19,69 | 12,83 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 10,71 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1319 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414450 | 2021-05-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,01 | 12,82 | 12,82 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 3,85 |
| 1320 | Ezetimibum | Ezoleta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991311407 | 2021-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 9,72 | 13,75 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 4,13 |
| 1321 | Ezetimibum | Ezolip, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991304416 | 2021-09-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 22,03 | 26,67 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 17,05 |
| 1322 | Ezetimibum | Lipegis, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909990996902 | 2022-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,31 | 22,77 | 13,75 | Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezkómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej | | 30% | 13,15 |
| 1323 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991421601 | 2022-05-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 20,41 | 24,97 | 13,75 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach | | 30% | 15,35 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-----------------------------|-------------------------------|---------|----------------|------------|--------|---|-------|-------|-------|--|----|---------|-------|
| 1324 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+20 mg | 30 szt. | 05909991421564 | 2022-05-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 20,41 | 24,97 | 13,75 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach | | 30% | 15,35 |
| 1325 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+40 mg | 30 szt. | 05909991421526 | 2022-05-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 20,41 | 24,97 | 13,75 | Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach | | 30% | 15,35 |
| 1326 | Famotidinum | Famogast, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990014835 | 2022-01-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 8,40 | 11,23 | 8,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,66 |
| 1327 | Famotidinum | Famogast, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05909990014828 | 2022-01-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 15,79 | 20,62 | 17,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,48 |
| 1328 | Febuxostatium | Adenuric, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909990761562 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 42,00 | 49,71 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 35,40 |
| 1329 | Febuxostatium | Adenuric, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909990761562 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 42,00 | 49,71 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 29,67 |
| 1330 | Febuxostatium | Adenuric, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990761548 | 2021-03-01 | 3 lata | 145.0, Leki stosowane w leczeniu dny | 39,37 | 45,60 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 32,24 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---------------|--------------------------------------|---------|----------------|-----------------------------|--------|--------------------------------------|-------|-------|-------|---|----|-----|-------|
| 1331 | Febuxostatium | Denofix, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909991391607 | <1>2020-03-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,08 | 50,84 | 28,63 | <1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 36,53 |
| 1332 | Febuxostatium | Denofix, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909991391607 | <1>2020-03-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,08 | 50,84 | 28,63 | <2>Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 30,80 |
| 1333 | Febuxostatium | Denofix, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991391522 | 2021-11-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 28,72 | 34,42 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 21,06 |
| 1334 | Febuxostatium | Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2021-07-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,05 | 50,81 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 50% | 36,50 |
| 1335 | Febuxostatium | Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 03838989705145 | 2021-07-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 43,05 | 50,81 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 30,77 |
| 1336 | Febuxostatium | Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 03838989705152 | 2021-07-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 28,70 | 34,40 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 21,04 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|---|--------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1337 | Febuxostatium | Prohidna, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909991402983 | 2021-05-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 40,91 | 48,57 | 28,63 | Zapobieganie i leczenie przewlekłej 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% | 34,26 |
| 1338 | Febuxostatium | Prohidna, tabl. powł., 120 mg | 28 szt. | 05909991402983 | 2021-05-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 40,91 | 48,57 | 28,63 | Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 28,53 |
| 1339 | Febuxostatium | Prohidna, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991402952 | 2021-05-01 | 3 lata | 145,0, Leki stosowane w leczeniu dny | 27,27 | 32,89 | 19,08 | Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych | | 30% | 19,53 |
| 1340 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 05909990344918 | 2022-01-01 | 3 lata | 41,0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 13,87 | 17,95 | 13,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,54 |
| 1341 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 05909990344819 | 2022-01-01 | 3 lata | 41,0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,29 | 12,72 | 6,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,02 |
| 1342 | Fenofibrate | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990754496 | 2022-03-01 | 3 lata | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 15,28 | 20,39 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,63 |
| 1343 | Fenofibratum | Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990909414 | 2022-01-01 | 3 lata | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 13,90 | 18,95 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,19 |
| 1344 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990754526 | 2022-05-01 | 3 lata | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 20,40 | 26,73 | 24,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,69 |
| 1345 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. (3 blist. po 10) | 05909990713974 | 2018-01-01 | 5 lat | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 15,88 | 21,03 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,27 |
| 1346 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990611065 | 2022-01-01 | 3 lata | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 20,57 | 26,91 | 24,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,87 |
| 1347 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 | 2022-01-01 | 3 lata | 47,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 8,59 | 12,90 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1348 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 13,82 | 18,87 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,11 |
| 1349 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 szt. | 05907594032309 | 2022-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 17,82 | 24,78 | 24,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,43 |
| 1350 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 szt. | 05907594032408 | 2022-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 35,64 | 46,68 | 46,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,00 |
| 1351 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 szt. | 05907594032507 | 2022-03-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 53,46 | 67,77 | 67,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,33 |
| 1352 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 30 szt. | 05909991212339 | 2021-07-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 13,58 | 18,61 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,85 |
| 1353 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 60 szt. | 05907594031500 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 27,43 | 35,58 | 35,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,67 |
| 1354 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 90 szt. | 05907594031609 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 41,04 | 51,87 | 51,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,56 |
| 1355 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 30 szt. | 05909991201173 | 2021-07-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,12 | 24,34 | 24,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,30 |
| 1356 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 60 szt. | 05907594031708 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 36,61 | 46,65 | 46,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,00 |
| 1357 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 90 szt. | 05907594031807 | 2021-05-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 54,92 | 67,88 | 67,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,36 |
| 1358 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990687947 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 17,82 | 23,06 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,30 |
| 1359 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 05909990492817 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 24,40 | 30,93 | 24,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,89 |
| 1360 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg | 30 szt. | 05909990903917 | 2022-01-01 | 3 lata | 47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty | 18,36 | 23,63 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,87 |
| 1361 | 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 | 24,51 | 31,05 | 24,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,01 |
| 1362 | Fenoteroli hybromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 24,61 | 30,31 | 19,30 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, czynnikowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | 30% | 16,80 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--|---|---------------------------|----------------|--|--|--|--------|--------|--------|---|--|---------|-------|
| 1363 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 | 2022-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 19,42 | 23,85 | 13,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,90 |
| 1364 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 18,09 | 21,71 | 9,65 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 15,26 |
| 1365 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909991455965 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 379,08 | 423,91 | 423,91 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1366 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909991455989 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 379,08 | 423,91 | 423,91 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1367 | Fentanylum | AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909991456009 | 2022-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 379,08 | 423,91 | 423,91 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1368 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990765713 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 81,00 | 99,50 | 99,50 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1369 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990765416 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 30,62 | 39,11 | 36,72 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia | | ryczałt | 5,59 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1370 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990765515 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 48,60 | 61,48 | 61,48 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1371 | Fentanylum | Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990765614 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 64,80 | 81,00 | 81,00 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1372 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg | 28 szt. | 05909990643011 | 2021-09-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 509,76 | 561,13 | 561,13 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwanie działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1373 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg | 28 szt. | 05909990643035 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 509,76 | 561,13 | 561,13 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwanie działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1374 | Fentanylum | Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg | 28 szt. | 05909990643059 | 2022-01-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 509,76 | 561,13 | 561,13 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwanie działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,20 |
| 1375 | Fentanylum | Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h | 5 szt. | 05909990054695 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 108,00 | 127,85 | 127,85 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1376 | Fentanylum | Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h | 5 szt. | 05909990054589 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego | 27,00 | 35,31 | 35,31 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1377 | Fentanylum | Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h | 5 szt. | 05909990054626 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przeskórnego | 54,00 | 67,15 | 67,15 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1378 | Fentanylum | Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h | 5 szt. | 05909990054664 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przeskórnego | 81,00 | 98,01 | 98,01 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1379 | Fentanylum | Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h | 10 szt. | 05909991204853 | 2021-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przeskórnego | 217,73 | 247,08 | 247,08 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 1380 | 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 przeskórnego | 107,14 | 126,95 | 126,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1381 | 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 przeskórnego | 56,05 | 69,30 | 69,30 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1382 | 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 przeskórnego | 109,62 | 129,55 | 129,55 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1383 | 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 przeskórnego | 54,00 | 67,15 | 67,15 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1384 | 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 przeskórnego | 163,08 | 188,19 | 188,19 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 4,80 |
| 1385 | 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 przeskórnego | 79,97 | 96,93 | 96,93 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|---------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1386 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 but.po 2,9 ml (20 daw.) | 05909990699735 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 355,16 | 394,59 | 394,59 | 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 |
| 1387 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę | 1 but.po 5 ml (40 daw.) | 05909990699889 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 716,27 | 782,91 | 782,91 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |
| 1388 | Fentanylum | Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę | 1 but.po 1,8 ml (10 daw.) | 05909990699643 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 174,60 | 200,41 | 200,41 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |
| 1389 | 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 | 113,40 | 133,52 | 133,52 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1390 | 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 | 13,61 | 18,65 | 17,63 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 4,22 |
| 1391 | 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 | 28,35 | 36,72 | 36,72 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1392 | 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 | 56,70 | 69,99 | 69,99 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1393 | 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 przeczskórnego | 85,05 | 102,27 | 102,27 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1394 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955503 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 139,68 | 162,49 | 162,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |
| 1395 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955527 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 561,60 | 616,85 | 616,85 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |
| 1396 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 1,55 ml (1 butelka) | 05909990955541 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 139,68 | 162,49 | 162,49 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |
| 1397 | Fentanylum | PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę | 4 but. po 1,55 ml | 05909990955558 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego | 561,60 | 616,85 | 616,85 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych 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 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1398 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg | 30 szt. | 05909991074647 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |
| 1399 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg | 30 szt. | 05909991074685 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |
| 1400 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg | 30 szt. | 05909991074739 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |
| 1401 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg | 30 szt. | 05909991074777 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |
| 1402 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg | 30 szt. | 05909991074593 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|-----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1403 | Fentanylum | Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg | 30 szt. | 05909991074821 | 2021-07-01 | 3 lata | 152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego | 547,56 | 601,78 | 601,21 | Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków | | ryczałt | 3,77 |
| 1404 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 56,81 | 66,68 | 32,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 37,33 |
| 1405 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 144,62 | 167,91 | 162,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 8,37 |
| 1406 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726068 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 207,74 | 235,92 | 227,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,29 |
| 1407 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 95,69 | 109,81 | 52,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 60,93 |
| 1408 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 240,95 | 271,55 | 260,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 14,37 |
| 1409 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 7 amp.-strz. | 05055565726075 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 343,35 | 381,47 | 364,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 20,14 |
| 1410 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687787 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 145,47 | 168,80 | 162,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemii aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 9,26 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1411 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687848 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów | 230,31 | 260,38 | 260,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 1412 | Finasteridum | Adaster, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990711949 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 21,81 | 27,85 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,86 |
| 1413 | Finasteridum | Adaster, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990711987 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 65,42 | 78,36 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 21,39 |
| 1414 | 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 | 21,96 | 28,01 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,02 |
| 1415 | Finasteridum | Androster, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990906154 | 2019-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 65,88 | 78,84 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 21,87 |
| 1416 | 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 | 21,79 | 27,84 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,85 |
| 1417 | 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 | 22,04 | 28,09 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,10 |
| 1418 | 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 | 64,77 | 77,68 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 20,71 |
| 1419 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991222673 | 2021-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 14,58 | 20,26 | 20,26 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 1420 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991282288 | 2019-11-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 18,36 | 24,23 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 5,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1421 | 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 | 22,00 | 28,05 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,06 |
| 1422 | 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 | 66,00 | 78,97 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,00 |
| 1423 | 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 | 20,36 | 26,33 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,34 |
| 1424 | 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 | 85,54 | 101,21 | 88,76 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 25,25 |
| 1425 | 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 | 22,11 | 28,17 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,18 |
| 1426 | 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 | 64,15 | 77,03 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 20,06 |
| 1427 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 120 tabl. | 05909991284053 | 2017-09-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 71,28 | 86,23 | 86,23 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 12,80 |
| 1428 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990055098 | 2022-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 17,28 | 23,09 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,10 |
| 1429 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909991289430 | 2017-09-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 51,84 | 64,10 | 64,10 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1430 | 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 | 14,58 | 20,26 | 20,26 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1431 | 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 | 43,73 | 55,59 | 55,59 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 1432 | 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 | 20,47 | 26,44 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,45 |
| 1433 | 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 | 20,62 | 26,37 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,86 |
| 1434 | 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 | 21,76 | 27,80 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,81 |
| 1435 | Finasteridum | Penester, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990077267 | 2022-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 20,74 | 26,73 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,74 |
| 1436 | Finasteridum | Penester, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990077274 | 2022-01-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 62,21 | 74,99 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,02 |
| 1437 | Finasteridum | Proscar, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990362110 | 2019-01-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 22,12 | 27,95 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 10,44 |
| 1438 | 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 | 20,41 | 26,38 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,39 |
| 1439 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991107871 | 2018-01-01 | 5 lat | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 57,51 | 70,06 | 66,57 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,09 |
| 1440 | Finasteridum | Uronezyr, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991088842 | 2019-09-01 | 3 lata | 77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy | 19,44 | 25,36 | 22,19 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,37 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1441 | 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 | 19,98 | 25,70 | 20,71 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,19 |
| 1442 | 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 postaci farmaceutyczne | 19,44 | 26,65 | 26,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,33 |
| 1443 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990662388 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 78,61 | 91,86 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 63,10 |
| 1444 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990662371 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 19,65 | 24,54 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,35 |
| 1445 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 150 mg | 1 szt. | 05909990490615 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 4,20 | 5,44 | 3,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,90 |
| 1446 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 150 mg | 3 szt. | 05907529466339 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 8,66 | 11,92 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,30 |
| 1447 | Fluconazolum | Flucofast, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991283247 | 2022-07-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 32,40 | 40,13 | 28,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,75 |
| 1448 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 14 szt. | 05909990490523 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 19,65 | 24,54 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,35 |
| 1449 | Fluconazolum | Flucofast, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990490516 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postaci farmaceutyczne | 9,80 | 12,60 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,01 |
| 1450 | 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 postaci farmaceutyczne | 23,76 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1451 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909991262679 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 59,49 | 71,78 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 43,02 |
| 1452 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991262617 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,23 | 19,90 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,71 |
| 1453 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909991262488 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,23 | 19,90 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,71 |
| 1454 | Fluconazolum | Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991262457 | 2020-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,61 | 10,30 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,71 |
| 1455 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 | 2017-09-01 | 5 lat | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 23,76 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,60 |
| 1456 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 28 szt. | 05909990780181 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 67,44 | 80,12 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 51,36 |
| 1457 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg | 7 szt. | 05909990859719 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 16,96 | 21,72 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,53 |
| 1458 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 1 szt. | 05909990017874 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,60 | 4,81 | 3,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,27 |
| 1459 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg | 3 szt. | 05909990017881 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 10,80 | 14,17 | 9,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,55 |
| 1460 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 14 szt. | 05909991022556 | 2021-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 66,10 | 78,73 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 49,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1461 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg | 7 szt. | 05909991022549 | 2021-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 33,06 | 40,82 | 28,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,44 |
| 1462 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne | 23,76 | 31,19 | 31,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,60 |
| 1463 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 14 szt. | 05909990859610 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 16,87 | 21,62 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,43 |
| 1464 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg | 7 szt. | 05909990859672 | 2021-05-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,43 | 11,16 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,57 |
| 1465 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990869756 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 62,90 | 75,37 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 46,61 |
| 1466 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909990869732 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,72 | 20,42 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,23 |
| 1467 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909990869763 | 2022-03-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 3,32 | 4,52 | 3,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,98 |
| 1468 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 150 mg | 7 szt. | 05909991365745 | 2019-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 21,21 | 27,39 | 21,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,61 |
| 1469 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909990869770 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 31,45 | 39,13 | 28,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,75 |
| 1470 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 14 szt. | 05909990869695 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 15,72 | 20,42 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1471 | Fluconazolum | Flumycon, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909990869688 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,86 | 10,56 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,97 |
| 1472 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg | 7 szt. | 05909991388270 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 18,09 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,90 |
| 1473 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg | 1 szt. | 05909991388287 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 2,89 | 4,06 | 3,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,52 |
| 1474 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg | 7 szt. | 05909991388294 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 34,46 | 28,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,08 |
| 1475 | Fluconazolum | Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg | 7 szt. | 05909991388263 | 2020-09-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 6,75 | 9,39 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,80 |
| 1476 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990980611 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 67,72 | 80,43 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 51,67 |
| 1477 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 100 mg | 7 szt. | 05909990642533 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 14,90 | 19,56 | 14,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,37 |
| 1478 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 200 mg | 7 szt. | 05909991118914 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 31,32 | 39,00 | 28,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,62 |
| 1479 | Fluconazolum | Mycosyst, kaps., 50 mg | 7 szt. | 05909990980512 | 2022-01-01 | 3 lata | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 7,07 | 9,73 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,14 |
| 1480 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 | 2020-11-01 | 3 lata | 80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon | 10,48 | 14,71 | 14,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1481 | Fluoxetine | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909991065515 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 14,69 | 18,81 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1482 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 15,30 | 19,46 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,34 |
| 1483 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 11,56 | 15,34 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,83 |
| 1484 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 15,11 | 19,26 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,14 |
| 1485 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 10,35 | 14,25 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,13 |
| 1486 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990742509 | 2022-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 10,21 | 14,11 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,99 |
| 1487 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powł., 10 mg | 100 szt. | 05909990374328 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 38,77 | 45,42 | 21,72 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 30,22 |
| 1488 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990374311 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 12,85 | 15,42 | 6,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,86 |
| 1489 | 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 | 10,80 | 13,37 | 6,29 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 10,28 |
| 1490 | 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 | 29,16 | 37,71 | 37,71 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 1491 | Flupentixolum | Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990127214 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego | 10,24 | 14,40 | 14,40 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | ryczałt | 3,20 |
| 1492 | 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 | 17,22 | 23,21 | 21,44 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 1493 | 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 | 51,80 | 64,33 | 64,33 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--|--|------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1494 | Flutamidum | Flutamid Egis, tabl., 250 mg | 100 szt. | 05909990139217 | 2022-01-01 | 3 lata | 131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej | 54,00 | 67,24 | 67,24 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1495 | Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum | Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+52+22 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 30 dawek | 05909991350635 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 205,20 | 232,70 | 202,64 | Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych | | 30% | 90,85 |
| 1496 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 poj. po 120 daw. | 05908289660371 | 2021-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 23,76 | 30,16 | 23,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,42 |
| 1497 | Fluticasoni propionas | Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową | 1 poj. po 120 daw. | 05909990570720 | 2022-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,88 | 15,75 | 11,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,88 |
| 1498 | Fluticasoni propionas | Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | poj. 10 ml (120 dawek) | 05909990933839 | 2022-05-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,93 | 15,81 | 11,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,94 |
| 1499 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 53,46 | 62,67 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 35,82 |
| 1500 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 27,00 | 32,54 | 15,03 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,71 |
| 1501 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 85,28 | 99,43 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 44,66 |
| 1502 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 52,92 | 62,11 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 35,26 |
| 1503 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 24,11 | 28,97 | 12,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,15 |
| 1504 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 24,59 | 29,47 | 12,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 20,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1505 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 49,74 | 58,77 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 31,92 |
| 1506 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 16,50 | 19,45 | 6,01 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 16,64 |
| 1507 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 89,10 | 103,45 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 48,68 |
| 1508 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 | 2021-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 25,92 | 33,76 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,91 |
| 1509 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 | 2021-11-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 51,84 | 64,32 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,55 |
| 1510 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 33,25 | 41,45 | 30,05 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,60 |
| 1511 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 | 2022-01-01 | 3 lata | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,40 | 74,36 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,59 |
| 1512 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 68,85 | 84,28 | 84,28 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1513 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 | 2021-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 70,85 | 86,37 | 86,37 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1514 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 | 2019-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 76,03 | 91,81 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,19 |
| 1515 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 | 2019-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 90,72 | 108,27 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,31 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1516 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,13 | 70,49 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,21 |
| 1517 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 171,07 | 196,61 | 196,61 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1518 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1519 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 206,55 | 234,98 | 234,98 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,00 |
| 1520 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 | 2020-11-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,86 | 103,16 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1521 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 | 2022-07-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 255,96 | 288,02 | 288,02 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1522 | 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 | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1523 | 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 | 85,86 | 103,16 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1524 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,26 | 86,80 | 86,80 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1525 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,84 | 103,14 | 103,14 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1526 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 | 2021-05-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,11 | 70,47 | 70,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1527 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,02 | 70,38 | 70,38 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1528 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 70,85 | 86,37 | 86,37 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1529 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 | 2021-09-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,32 | 102,60 | 102,60 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1530 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,27 | 86,81 | 86,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1531 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,85 | 103,15 | 103,15 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1532 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 57,12 | 70,48 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1533 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 | 2020-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 74,52 | 90,23 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1534 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 | 2020-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 90,56 | 108,10 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,14 |
| 1535 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 58,05 | 71,46 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 4,18 |
| 1536 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 75,82 | 91,59 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,97 |
| 1537 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 | 2021-03-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 92,88 | 110,53 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 10,57 |
| 1538 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 81,00 | 97,03 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,41 |
| 1539 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 106,92 | 125,28 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 25,32 |
| 1540 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 64,78 | 78,52 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 11,24 |
| 1541 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 62,06 | 75,66 | 70,48 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,38 |
| 1542 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1543 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 86,94 | 104,30 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 4,34 |
| 1544 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawk + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 70,74 | 86,26 | 86,26 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1545 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawk + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 | 2022-01-01 | 3 lata | 199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach | 85,86 | 103,16 | 103,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1546 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 kaps. | 05909990938001 | 2018-03-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 61,07 | 74,01 | 60,10 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 19,24 |
| 1547 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 kaps. | 05909990938025 | 2018-03-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 122,15 | 142,15 | 120,20 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 32,62 |
| 1548 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909991431211 | 2020-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 23,33 | 27,90 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,78 |
| 1549 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powł., 50 mg | 60 szt. | 05909991431167 | 2020-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 23,33 | 27,90 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 18,78 |
| 1550 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990347827 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 32,40 | 37,41 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 28,29 |
| 1551 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powł., 50 mg | 60 szt. | 05909990347728 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 32,40 | 37,41 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 28,29 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------|---|--|----------------|------------|--------|---------------------------------------|---------|---------|---------|---|----|---------|--------|
| 1552 | Folitropinum delta | Rekovellet, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml | 1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły | 05909991343019 | 2022-03-01 | 2 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 268,92 | 300,33 | 242,25 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 61,28 |
| 1553 | Folitropinum delta | Rekovellet, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml | 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł | 05909991343033 | 2022-03-01 | 2 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1613,52 | 1739,09 | 1453,52 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 288,77 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1554 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,25 ml | 05997001308486 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 151,01 | 174,34 | 161,51 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 16,03 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1555 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,375 ml | 05997001308493 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 226,50 | 255,79 | 242,25 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 16,74 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1556 | Follitropinum alfa | Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wstrzykiwacz po 0,5 ml | 05997001308509 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 301,98 | 336,87 | 323,00 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 17,07 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1557 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007257 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 321,84 | 357,72 | 323,00 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 37,92 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1558 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg) | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. | 05909990697304 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 80,46 | 96,26 | 80,74 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 18,72 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1559 | Follitropinum alfa | Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml) | 1 wstrzykiwacz | 05909990007240 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 965,52 | 1048,16 | 969,01 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 82,35 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1560 | Follitropinum alfa | Ovalep, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml | 1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych | 05909991088125 | 2019-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 287,28 | 321,43 | 321,43 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1561 | Follitropinum alfa | Ovalep, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml | 1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych | 05909991088149 | 2019-09-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 868,32 | 946,10 | 946,10 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1562 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m. | 1 wkł. | 05909990339754 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 276,48 | 310,09 | 310,09 | 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 |
| 1563 | Follitropinum beta | Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m. | 1 wkł. | 05909990339761 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 552,96 | 607,68 | 607,68 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1564 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990792924 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 47,95 | 59,90 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,86 |
| 1565 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 | 2021-11-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 137,70 | 160,66 | 160,66 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1566 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 | 2019-11-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,11 | 114,47 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1567 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,38 | 60,35 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,31 |
| 1568 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. po 120 daw. | 05909990620777 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 97,06 | 115,46 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,39 |
| 1569 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 47,52 | 59,45 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 5,41 |
| 1570 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 | 2022-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,08 | 114,43 | 114,43 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |
| 1571 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 | 2022-03-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 144,14 | 167,42 | 167,42 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 1572 | Formoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 | 2021-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 97,09 | 115,49 | 114,47 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 7,42 |
| 1573 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh. po 60 daw. | 05909990445219 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 31,81 | 39,68 | 28,62 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 14,26 |
| 1574 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh. po 60 daw. | 05909990445318 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 41,90 | 53,55 | 53,55 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 3,20 |
| 1575 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 | 2022-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,11 | 114,47 | 114,47 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,40 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1576 | Formoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 | 2022-05-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,54 | 60,52 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,48 |
| 1577 | Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 | 2022-01-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 3,62 | 5,32 | 5,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,73 |
| 1578 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991373238 | 2021-11-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 7,23 | 10,37 | 10,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,19 |
| 1579 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 | 2022-01-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 3,62 | 5,32 | 5,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,73 |
| 1580 | Furazidinum | Furazek, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991304102 | 2022-05-01 | 3 lata | 108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe | 7,24 | 10,38 | 10,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,20 |
| 1581 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg | 30 szt. (3 x 10) | 05909990223794 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 37.0, Leki moczopędne - pętlowe | 6,32 | 9,07 | 8,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające | ryczałt | 3,40 |
| 1582 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 37.0, Leki moczopędne - pętlowe | 6,13 | 8,87 | 8,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające | ryczałt | 3,20 |
| 1583 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909991331108 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 11,88 | 16,69 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,42 |
| 1584 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991331153 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 35,64 | 46,00 | 46,00 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1585 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 47,52 | 59,84 | 59,84 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1586 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990339495 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 15,66 | 20,66 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 7,39 |
| 1587 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 35,10 | 45,44 | 45,44 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1588 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990339709 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 38,88 | 49,40 | 49,40 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1589 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990339600 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 53,24 | 65,84 | 65,84 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1590 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg | 100 szt. | 05909990338542 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 82,08 | 98,76 | 98,76 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,56 |
| 1591 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg | 100 szt. | 05909990338658 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 112,32 | 131,88 | 131,73 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,89 |
| 1592 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990769216 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 17,01 | 22,08 | 16,47 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 8,81 |
| 1593 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990769315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 50,65 | 61,76 | 49,40 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 15,56 |
| 1594 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990769414 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 66,74 | 80,02 | 65,87 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 17,35 |
| 1595 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg | 100 szt. | 05909991017422 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 97,96 | 115,44 | 98,80 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 20,20 |
| 1596 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg | 100 szt. | 05909991017521 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna | 113,72 | 133,34 | 131,73 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 6,35 |
| 1597 | Ganirelixum | Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg | 1 amp.-strz. | 05909990880911 | 2021-07-01 | 3 lata | 78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony | 105,30 | 123,57 | 103,04 | Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli | | 50% | 72,05 |
| 1598 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 | 2022-01-01 | 3 lata | 208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu | 5,94 | 8,61 | 8,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,31 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1599 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991267155 | 2020-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |
| 1600 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267162 | 2020-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |
| 1601 | Gliclazidum | Diabrezide, tabl., 80 mg | 40 szt. | 05909990359912 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,59 | 10,68 | 5,49 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,39 |
| 1602 | Gliclazidum | Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991216023 | 2022-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 8,64 | 11,44 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,41 |
| 1603 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990443017 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 20,79 | 24,20 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 19,17 |
| 1604 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. | 05909990911127 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 13,23 | 16,26 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,23 |
| 1605 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990647224 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,99 | 14,96 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,93 |
| 1606 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 05909990647231 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 17,98 | 22,19 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,64 |
| 1607 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991056100 | 2021-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 11,88 | 14,84 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,81 |
| 1608 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991056131 | 2021-07-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 23,76 | 28,94 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 18,88 |
| 1609 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909991267230 | 2022-05-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 19,32 | 23,60 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 16,05 |
| 1610 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 60 tabl. | 05909991004002 | 2018-01-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika | 9,57 | 12,42 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,39 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1611 | Gliclazidum | Gliclaxid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 90 tabl. | 05909991004026 | 2018-01-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 17,82 | 22,02 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,47 |
| 1612 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991256548 | 2021-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 9,07 | 11,88 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,85 |
| 1613 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991263171 | 2021-09-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 18,14 | 23,04 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,98 |
| 1614 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991226299 | 2017-09-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 12,92 | 15,93 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,90 |
| 1615 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 05909991226305 | 2017-09-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 25,84 | 31,12 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 21,06 |
| 1616 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267186 | 2021-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 8,91 | 11,73 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,70 |
| 1617 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991267193 | 2021-11-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 17,82 | 22,70 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,64 |
| 1618 | Gliclazidum | Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991291648 | 2022-03-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 8,75 | 11,56 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,53 |
| 1619 | Gliclazidum | Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991257392 | 2018-05-01 | 5 lat | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 9,57 | 12,42 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,39 |
| 1620 | 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 sulfonilomocznika | 17,50 | 22,37 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 12,31 |
| 1621 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990744817 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 4,46 | 5,93 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,01 |
| 1622 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990744916 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 7,78 | 10,53 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,50 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|----------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1623 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990745012 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 12,74 | 16,69 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,14 |
| 1624 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990745111 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 11,88 | 16,46 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1625 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990566082 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 3,83 | 5,27 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,35 |
| 1626 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990566105 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 6,64 | 9,34 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,31 |
| 1627 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990566129 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 9,47 | 13,25 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,70 |
| 1628 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990566143 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 11,83 | 16,41 | 16,41 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1629 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991097615 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 3,88 | 5,32 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,40 |
| 1630 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991097516 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 7,85 | 10,61 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,58 |
| 1631 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991097417 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 11,55 | 15,44 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,89 |
| 1632 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991097318 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 13,81 | 18,49 | 16,46 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,43 |
| 1633 | 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 sulfonilomocznika | 2,97 | 4,37 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,45 |
| 1634 | 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 sulfonilomocznika | 5,94 | 8,61 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,58 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1635 | 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 sulfonilomocznika | 8,91 | 12,67 | 12,35 | Cukrzyca | | ryczałt | 5,12 |
| 1636 | 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 sulfonilomocznika | 11,83 | 16,41 | 16,41 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1637 | 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 sulfonilomocznika | 18,04 | 24,18 | 24,18 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |
| 1638 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991365790 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 5,64 | 8,29 | 8,23 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,26 |
| 1639 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991365868 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 8,46 | 12,19 | 12,19 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1640 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991365936 | 2020-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 11,28 | 15,83 | 15,83 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1641 | Glimepiridum | Synglic, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990570348 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 2,72 | 4,11 | 4,11 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1642 | Glimepiridum | Synglic, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990570355 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 5,57 | 8,22 | 8,22 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1643 | Glimepiridum | Synglic, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990570362 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 7,68 | 11,37 | 11,37 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,80 |
| 1644 | Glimepiridum | Synglic, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990573196 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 10,80 | 15,33 | 15,33 | Cukrzyca | | ryczałt | 6,40 |
| 1645 | Glimepiridum | Synglic, tabl., 6 mg | 30 szt. | 05909990570379 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 17,81 | 23,93 | 23,93 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,60 |
| 1646 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990791712 | 2022-01-01 | 3 lata | 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika | 9,72 | 11,46 | 4,12 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------------|---|------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1647 | Glucagoni hydrochloridum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 | 2022-01-01 | 3 lata | 85.0, Hormony trzustki - glukagon | 51,79 | 64,32 | 64,32 | Cukrzyca | | ryczałt | 3,20 |
| 1648 | Glyceroli trinitras | Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę | 11 g (200 daw.) | 05909990156825 | 2022-01-01 | 3 lata | 33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu | 12,79 | 17,63 | 17,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 1649 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg | 30 szt. | 05909990183036 | 2022-01-01 | 3 lata | 33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego | 5,72 | 8,30 | 8,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,16 |
| 1650 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30 kaps. + 1 inhalator | 05909991000882 | 2021-09-01 | 1 rok | 201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 102,60 | 120,71 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 48,92 |
| 1651 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg | 1 szt. | 05909991256210 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 471,42 | 519,28 | 519,28 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 8,96 |
| 1652 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg | 1 szt. | 05909991256197 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 149,69 | 173,53 | 173,53 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 3,20 |
| 1653 | Goserelinum | Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335564 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 151,20 | 175,12 | 173,53 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 4,79 |
| 1654 | Goserelinum | Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg | 1 amp.-strzyk. | 05909991335595 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 453,60 | 500,57 | 500,57 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 8,96 |
| 1655 | Goserelinum | Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg | 1 amp.-strz. | 05909990082315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 208,98 | 235,79 | 173,53 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 65,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1656 | Gosereelinum | Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg | 1 amp.-strz. | 05909990783212 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 657,58 | 714,74 | 520,59 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 203,11 |
| 1657 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.3, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania pozajelitowego | 32,10 | 41,27 | 41,27 | x | choroba Huntingtona | 30% | 12,38 |
| 1658 | Haloperidoli decanoas | Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990077311 | 2021-07-01 | 3 lata | 177.3, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania pozajelitowego | 32,10 | 41,27 | 41,27 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1659 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,08 | 4,52 | 4,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,36 |
| 1660 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but. po 10 ml | 05909990239412 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 3,08 | 4,52 | 4,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1661 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,16 | 5,52 | 3,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 2,83 |
| 1662 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 1 mg | 40 tabl. (2 blist.po 20 szt.) | 05909990104017 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,16 | 5,52 | 3,85 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,67 |
| 1663 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 14,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 4,33 |
| 1664 | Haloperidolum | Haloperidol WZF, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990722617 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.2, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 14,42 | 14,42 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1665 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 177.1, Leki przeciwpowrotkowe - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 4,31 | 5,82 | 4,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 2,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1666 | Haloperidolum | Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969319 | 2022-01-01 | 3 lata | 177.1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperidol do podawania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne | 4,31 | 5,82 | 4,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,30 |
| 1667 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon | 13,28 | 18,23 | 18,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,47 |
| 1668 | Hydrocortizoni acetatas | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 | 2022-01-01 | 3 lata | 55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania | 4,81 | 7,07 | 7,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,54 |
| 1669 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 szt. (1 but.) | 05909990836758 | 2022-03-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 72,90 | 88,71 | 88,71 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1670 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2022-01-01 | 3 lata | 126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik | 86,12 | 102,59 | 88,71 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 13,88 |
| 1671 | Ibuprofenum | Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg | 60 szt. | 05909990853540 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postaci farmaceutyczne | 7,02 | 8,78 | 4,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,15 |
| 1672 | Icatibantum | Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05909990740635 | <1>2020-09-01/<2>2021-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant | 3024,00 | 3243,39 | 3243,39 | <1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1 | | ryczałt | 3,20 |
| 1673 | Icatibantum | Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 amp.-strz.po 3 ml | 05055565774410 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant | 3024,00 | 3243,39 | 3243,39 | <1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1 | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1674 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 | 2021-03-01 | 2 lata 6 miesięcy | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 149,69 | 173,53 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 52,06 |
| 1675 | Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian | Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg | 30 szt. (30 x 1) | 07613421044596 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi | 167,71 | 193,34 | 193,34 | Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku | | 30% | 58,00 |
| 1676 | 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 | 99,36 | 117,32 | 104,18 | Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków | | 30% | 44,39 |
| 1677 | 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 | 100,44 | 118,47 | 103,16 | 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% | 46,26 |
| 1678 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Ateectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg | 30 szt. | 07613421045524 | 2022-05-01 | 2 lata | 199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach | 64,80 | 85,04 | 85,04 | Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków | | 30% | 25,51 |
| 1679 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist. po 10 szt.) | 05909990975815 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 8,26 | 10,75 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,60 |
| 1680 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909991276621 | 2020-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 12,07 | 16,28 | 14,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,98 |
| 1681 | Indapamidum | Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990644933 | 2020-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,48 | 6,78 | 6,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,03 |
| 1682 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990799398 | 2021-03-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,75 | 7,07 | 7,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,12 |
| 1683 | Indapamidum | Indapen, tabl. powł., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990863013 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,47 | 9,05 | 8,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1684 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990665907 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,04 | 8,42 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,27 |
| 1685 | Indapamidum | Indapres, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990223121 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,48 | 9,94 | 9,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,98 |
| 1686 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909991025014 | 2021-09-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 5,03 | 7,36 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,21 |
| 1687 | Indapamidum | Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 90 tabl. | 05908289660401 | 2017-09-01 | 5 lat | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 15,12 | 20,55 | 20,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,17 |
| 1688 | Indapamidum | Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990012688 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,38 | 8,78 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,63 |
| 1689 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990770182 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,10 | 8,50 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,35 |
| 1690 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990424801 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,87 | 7,19 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,16 |
| 1691 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909990424849 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 9,74 | 13,84 | 13,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,15 |
| 1692 | Indapamidum | Sympamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990734993 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 4,83 | 7,15 | 7,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,15 |
| 1693 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 | 2022-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 10,14 | 12,73 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,58 |
| 1694 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg | 30 szt. | 05909991092566 | 2021-11-01 | 1 rok 10 miesięcy | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 12,61 | 15,32 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,17 |
| 1695 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg | 30 szt. | 05909991092597 | 2021-11-01 | 1 rok 10 miesięcy | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 11,53 | 14,19 | 7,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,04 |
| 1696 | 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 | 2020-11-01 | 3 lata | 241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy | 6606,36 | 7051,89 | 7051,89 | Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtani lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród) | | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------------------|--|--|----------------|------------|--------|--|---------|---------|---------|---|----|---------|-------|
| 1697 | Inhibitor C1-esterazy, ludzki | Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m. | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania | 05909990713639 | 2021-03-01 | 3 lata | 241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy | 2202,12 | 2369,63 | 2350,41 | Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtani lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród) | | ryczałt | 22,42 |
| 1698 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 | 2022-03-01 | 2 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej | 66,42 | 79,79 | 63,92 | Cukrzyca typu I | | ryczałt | 19,07 |
| 1699 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 | 2022-03-01 | 2 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej | 110,92 | 129,13 | 95,88 | Cukrzyca typu I | | ryczałt | 37,25 |
| 1700 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 | 2021-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej | 173,26 | 198,58 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,82 |
| 1701 | 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 ludzkiej | 114,48 | 132,86 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 40,98 |
| 1702 | 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 ludzkiej | 114,48 | 132,86 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 40,98 |
| 1703 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 | 2020-09-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej | 66,42 | 79,79 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 19,07 |
| 1704 | 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 ludzkiej | 111,13 | 129,35 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 37,47 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|----------------------|---|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|---|---|--------|--------|--------|---|----|-----|--------|
| 1705 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 | <1>2021-05-01/<2>2021-09-01 | <1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 181,44 | 206,17 | 152,97 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ 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 o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 99,09 |
| 1706 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 | <1>2021-05-01/<2>2021-09-01 | <1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 217,73 | 245,42 | 183,56 | <1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ 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 o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 116,93 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---|--|-------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1707 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 | 2022-01-01 | 2 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 149,85 | 173,01 | 152,97 | 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% | 65,93 |
| 1708 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 | <1>2022-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 181,44 | 206,17 | 152,97 | <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% | 99,09 |
| 1709 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 | 2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 272,65 | 305,94 | 305,94 | 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% | 91,78 |
| 1710 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 | <1>2022-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 169,56 | 193,70 | 152,97 | <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% | 86,62 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|----------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1711 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 | <1>2022-07-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 169,56 | 193,70 | 152,97 | <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 ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 86,62 |
| 1712 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 | 2020-01-01 | 3 lata | 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny | 481,14 | 528,44 | 458,91 | Cukrzyca typu 1 u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) | | 30% | 207,20 |
| 1713 | 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 ludzkich | 70,20 | 83,76 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 23,04 |
| 1714 | 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 ludzkich | 107,46 | 125,49 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 33,61 |
| 1715 | 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 ludzkich | 108,00 | 126,06 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 34,18 |
| 1716 | 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 ludzkich | 78,47 | 95,05 | 95,05 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1717 | 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 ludzkich | 158,54 | 183,13 | 183,13 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1718 | 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 ludzkich | 82,16 | 98,93 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,05 |
| 1719 | 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 insuliny ludzkich | 158,54 | 183,13 | 183,13 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1720 | 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 insuliny ludzkich | 82,16 | 98,93 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1721 | 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 insuliny ludzkich | 158,54 | 183,13 | 183,13 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1722 | 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 insuliny ludzkich | 85,57 | 102,51 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,63 |
| 1723 | 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 insuliny ludzkich | 158,54 | 183,13 | 183,13 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1724 | 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 insuliny ludzkich | 85,57 | 102,51 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,63 |
| 1725 | 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 insuliny ludzkich | 158,54 | 183,13 | 183,13 | Cukrzyca | | ryczałt | 8,00 |
| 1726 | 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 insuliny ludzkich | 85,57 | 102,51 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 10,63 |
| 1727 | 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 insuliny ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1728 | 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 insuliny ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1729 | 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 insuliny ludzkich | 82,26 | 99,03 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 7,15 |
| 1730 | 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 insuliny ludzkich | 78,47 | 95,05 | 95,05 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1731 | Insulinum humanum | Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 | 2022-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1732 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 | 2022-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1733 | Insulinum humanum | Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 | 2022-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1734 | 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 insuliny ludzkich | 78,47 | 95,05 | 95,05 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1735 | 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 insuliny ludzkich | 78,47 | 95,05 | 95,05 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1736 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------|---|---------------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1737 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1738 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1739 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1740 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1741 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 | 2022-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 79,27 | 95,88 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 4,00 |
| 1742 | 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 insuliny ludzkich | 114,70 | 133,10 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,22 |
| 1743 | 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 insuliny ludzkich | 115,35 | 133,78 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,90 |
| 1744 | 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 insuliny ludzkich | 115,35 | 133,78 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 41,90 |
| 1745 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 | 2020-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 173,03 | 198,34 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 14,58 |
| 1746 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 | 2019-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 57,67 | 70,59 | 63,92 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,87 |
| 1747 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 | 2021-01-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 170,00 | 195,16 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,40 |
| 1748 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 | 2021-03-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 84,24 | 101,11 | 95,88 | Cukrzyca | | ryczałt | 9,23 |
| 1749 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 | 2019-11-01 | 3 lata | 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich | 170,00 | 195,16 | 191,76 | Cukrzyca | | ryczałt | 11,40 |
| 1750 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 14,13 | 19,31 | 19,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek | ryczałt | 3,57 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1751 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 11,55 | 14,85 | 9,65 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskiniza rzęsek | ryczałt | 8,40 |
| 1752 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu | 14,12 | 19,30 | 19,30 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskiniza rzęsek | ryczałt | 3,56 |
| 1753 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg | 28 szt. | 05909991334178 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,09 | 12,11 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,80 |
| 1754 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg | 28 szt. | 05909991334208 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,19 | 23,36 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,75 |
| 1755 | Isosorbidi mononitras | Effox long 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909990368624 | 2017-09-01 | 5 lat | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,26 | 11,76 | 11,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,41 |
| 1756 | Isosorbidi mononitras | Effox long 75, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990452118 | 2017-09-01 | 5 lat | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,31 | 17,02 | 17,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,00 |
| 1757 | Isosorbidi mononitras | Mononit 10, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909990010516 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,96 | 5,54 | 4,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,20 |
| 1758 | Isosorbidi mononitras | Mononit 100 retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909991011727 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,42 | 22,19 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1759 | Isosorbidi mononitras | Mononit 20, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909990010622 | 2022-01-01 | 3 lata | 34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,32 | 10,26 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,38 |
| 1760 | 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 | 6,75 | 9,65 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,77 |
| 1761 | 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 | 11,42 | 15,56 | 13,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,74 |
| 1762 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 05909990858262 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 63,66 | 76,16 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 47,40 |
| 1763 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 05909990858255 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 9,09 | 12,11 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 8,00 |
| 1764 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909990004331 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 45,90 | 57,52 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 28,76 |
| 1765 | Itraconazolum | Orungal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909990004317 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,64 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 7,53 |
| 1766 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 28 szt. | 05909991053826 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 69,65 | 82,45 | 57,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 53,69 |
| 1767 | Itraconazolum | Trioxal, kaps., 100 mg | 4 szt. | 05909991053819 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne | 10,79 | 13,90 | 8,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka | 50% | 9,79 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------|------------------------------|---------|----------------|------------|--------|---|-------|--------|--------|---|----|---------|-------|
| 1768 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991465377 | 2022-03-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 58,27 | 71,92 | 71,92 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1769 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991452278 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 58,30 | 71,97 | 71,97 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1770 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991427764 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 58,32 | 71,98 | 71,98 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1771 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991286613 | 2021-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 69,12 | 83,32 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 13,41 |
| 1772 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991466046 | 2022-03-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 85,86 | 103,33 | 103,33 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1773 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991351274 | 2021-05-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,35 | 103,85 | 103,85 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1774 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991452285 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,35 | 103,85 | 103,85 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1775 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991427511 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,40 | 103,90 | 103,90 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1776 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991286927 | 2021-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 103,68 | 122,04 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 15,58 |
| 1777 | Ivabradinum | Ivab, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991387044 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 68,00 | 82,14 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 12,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1778 | Ivabradinum | Ivab, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991387051 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,00 | 120,28 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 13,82 |
| 1779 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05901878600772 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 62,64 | 76,51 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 6,60 |
| 1780 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991264710 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 68,53 | 82,70 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 12,79 |
| 1781 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05901878600789 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 93,96 | 111,84 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 5,38 |
| 1782 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991264734 | 2020-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,86 | 121,18 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 14,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1783 | Ivabradinum | Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991348762 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,71 | 79,74 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,83 |
| 1784 | Ivabradinum | Ivabradine Genoptim, tabletki powlekane, 5 mg | 56 szt. | 05909991326470 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,61 | 79,63 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,72 |
| 1785 | Ivabradinum | Ivabradine Genoptim, tabletki powlekane, 7,5 mg | 56 szt. | 05909991326494 | 2021-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 98,43 | 116,53 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,07 |
| 1786 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991322779 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 62,64 | 76,51 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 6,60 |
| 1787 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991322786 | 2021-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 93,96 | 111,84 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 5,38 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1788 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991298586 | 2020-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 59,40 | 73,11 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1789 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991298654 | 2020-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 89,10 | 106,74 | 106,74 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1790 | Ivabradinum | Ivares, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991313425 | 2019-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,72 | 79,75 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,84 |
| 1791 | Ivabradinum | Ivares, tabl. powł., 7,5 mg | 56 szt. | 05909991313555 | 2019-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 102,00 | 120,28 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 13,82 |
| 1792 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powł., 5 mg | 112 szt. | 05909991329822 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 131,24 | 152,54 | 146,22 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,30 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1793 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991329785 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 65,62 | 79,64 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 9,73 |
| 1794 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powł., 7.5 mg | 112 szt. | 05909991329891 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 196,86 | 223,88 | 219,33 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,52 |
| 1795 | Ivabradinum | Ivohart, tabl. powł., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991329853 | 2021-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 98,43 | 116,53 | 109,66 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,07 |
| 1796 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991307349 | 2020-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 59,40 | 73,11 | 73,11 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |
| 1797 | Ivabradinum | Raenom, tabl. powł., 7.5 mg | 56 szt. | 05909991307370 | 2020-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 89,10 | 106,74 | 106,74 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1798 | Kalii chloridum | Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. | 05909990257539 | 2022-01-01 | 3 lata | 20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu | 5,69 | 8,26 | 8,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1799 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, granul. 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 | 19,33 | 21,89 | 5,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,03 |
| 1800 | Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum | Citrolyt, granul. do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g | 220 g | 05909990210817 | 2022-01-01 | 3 lata | 74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego | 42,79 | 53,92 | 53,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,18 |
| 1801 | Ketoprofenum | Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990412112 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,49 | 12,57 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 7,75 |
| 1802 | Ketoprofenum | Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 20 szt. | 05909990413317 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 13,92 | 17,94 | 12,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 11,51 |
| 1803 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 30 szt. | 05909991436056 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,59 | 11,63 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 6,81 |
| 1804 | Ketoprofenum | Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05904055005070 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 17,17 | 22,35 | 19,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 12,70 |
| 1805 | Ketoprofenum | Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990064694 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,63 | 21,07 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 13,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|-------------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1806 | Ketoprofenum | Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990046485 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,34 | 14,52 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 9,70 |
| 1807 | Ketoprofenum | Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg | 20 szt. | 05909990794553 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,75 | 7,91 | 6,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 4,70 |
| 1808 | Ketoprofenum | Profenid, czopki, 100 mg | 10 szt. | 05909990098514 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 7,94 | 11,34 | 11,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 5,67 |
| 1809 | Ketoprofenum | Profenid, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990760718 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,64 | 11,68 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 6,86 |
| 1810 | Ketoprofenum | Refastin, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990675593 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,99 | 14,16 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL | 50% | 9,34 |
| 1811 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909991134907 | 2021-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,26 | 7,53 | 3,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,18 |
| 1812 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 2 mg | 56 szt. | 05907695215205 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,47 | 15,01 | 6,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,31 |
| 1813 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909991134938 | 2021-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 15,09 | 6,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,39 |
| 1814 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 4 mg | 56 szt. | 05907695215212 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,95 | 29,59 | 13,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,18 |
| 1815 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909991134969 | 2021-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,79 | 22,39 | 10,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1816 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 6 mg | 56 szt. | 05907695215229 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 37,42 | 43,67 | 20,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 29,56 |
| 1817 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909990650521 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,26 | 7,53 | 3,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,18 |
| 1818 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909990650620 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 15,09 | 6,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,39 |
| 1819 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909990625697 | 2022-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,81 | 22,41 | 10,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,35 |
| 1820 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909991105563 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 10,09 | 12,51 | 6,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,81 |
| 1821 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909991105549 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 16,20 | 19,67 | 10,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,61 |
| 1822 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 100 mg | 56 tabl. w blisterze | 05055565743331 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 70,16 | 85,30 | 85,30 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1823 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 150 mg | 56 tabl. w blisterze | 05055565743348 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 105,24 | 124,34 | 124,34 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1824 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 200 mg | 56 tabl. w blisterze | 05055565743355 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 140,30 | 162,95 | 162,95 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1825 | Lacosamidum | Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 50 mg | 14 tabl. w blisterze | 05055565743324 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,77 | 12,38 | 12,08 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,50 |
| 1826 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 100 mg | 56 szt. | 05902020241591 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 68,55 | 83,61 | 83,61 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 1827 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 05902020241607 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 102,82 | 121,81 | 121,81 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1828 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 200 mg | 56 szt. | 05902020241614 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 137,08 | 159,56 | 159,56 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1829 | Lacosamidum | Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 50 mg | 14 szt. | 05902020241584 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,56 | 12,16 | 12,08 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,28 |
| 1830 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg | 56 szt. | 05909991358358 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 67,91 | 82,94 | 82,94 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1831 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 05909991358365 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 101,87 | 120,81 | 120,81 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1832 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg | 56 szt. | 05909991358372 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 135,82 | 158,24 | 158,24 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1833 | Lacosamidum | Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg | 14 szt. | 05909991358341 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,49 | 12,08 | 12,08 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1834 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powł., 100 mg | 56 szt. | 05909991376017 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 79,67 | 79,67 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1835 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 05909991376055 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 97,20 | 115,91 | 115,91 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1836 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powł., 200 mg | 56 szt. | 05909991376093 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 129,60 | 151,71 | 151,71 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1837 | Lacosamidum | Seizpat, tabl. powł., 50 mg | 14 szt. | 05909991375966 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,68 | 11,68 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1838 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powł., 100 mg | 56 tabl. | 05909991384234 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 64,37 | 79,22 | 79,22 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1839 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powł., 150 mg | 56 tabl. | 05909991384241 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 96,55 | 115,23 | 115,23 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1840 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powł., 200 mg | 56 tabl. | 05909991384258 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 128,74 | 150,81 | 150,81 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1841 | Lacosamidum | Trelema, tabl. powł., 50 mg | 14 tabl. | 05909991384197 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,05 | 11,62 | 11,62 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1842 | Lacosamidum | Vimpat, syrop, 10 mg/ml | 200 ml (but.) | 05909990935505 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 244,2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne | 108,00 | 127,57 | 127,57 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych | ryczałt | 3,20 |
| 1843 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powł., 100 mg | 56 szt. | 05909991368371 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne | 67,89 | 82,91 | 82,91 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1844 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 05909991368401 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 101,84 | 120,78 | 120,78 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1845 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powł., 200 mg | 56 szt. | 05909991368432 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 135,79 | 158,21 | 158,21 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,98 |
| 1846 | Lacosamidum | Zilibra, tabl. powł., 50 mg | 14 szt. | 05909991368333 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne | 8,48 | 12,07 | 12,07 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 3,20 |
| 1847 | Lamotryginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334766 | <1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 18,36 | 24,81 | 24,81 | <1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1848 | Lamotryginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990334759 | <1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,18 | 13,16 | 13,16 | <1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1849 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,25 | 25,74 | 25,74 | Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1850 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990038701 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,81 | 7,07 | 6,81 | Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,46 |
| 1851 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990038565 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,62 | 13,62 | 13,62 | Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1852 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 | <1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne | 24,02 | 30,75 | 27,24 | <1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 6,71 |
| 1853 | Lamotriginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 | <1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne | 48,06 | 59,00 | 54,48 | <1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 7,72 |
| 1854 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesziny/do rozgrzyzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postaci farmaceutyczne | 50,92 | 63,32 | 63,32 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1855 | Lamotriginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesziny/do rozgrzyzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postaci farmaceutyczne | 12,97 | 17,79 | 15,83 | Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 5,16 |
| 1856 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991006617 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne | 21,06 | 27,64 | 27,24 | <1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,60 |
| 1857 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne | 61,02 | 74,63 | 74,63 | Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1858 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991006419 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne | 5,27 | 7,55 | 6,81 | <1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,94 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|-----------------------|--|--|---|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1859 | Lamotryginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991006518 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 10,53 | 14,58 | 13,62 | <1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 4,16 |
| 1860 | Lamotryginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 19,13 | 25,62 | 25,62 | Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1861 | Lamotryginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991138349 | <1>2019-11-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,77 | 7,03 | 6,81 | <1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,42 |
| 1862 | Lamotryginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 4,77 | 7,03 | 6,81 | Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,42 |
| 1863 | Lamotryginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne | 9,56 | 13,56 | 13,56 | Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka | <1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przrzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 1864 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 1865 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych | | ryczałt | 4,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|-----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1866 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 6021,54 | 6430,15 | 6430,15 | <3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1867 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <1>Akromegalia | hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL | ryczałt | 10,32 |
| 1868 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych | | ryczałt | 10,32 |
| 1869 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu | 4516,15 | 4829,73 | 4822,61 | <3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami | | bezpłatny do limitu | 7,12 |
| 1870 | Lansoprazolum | Lanzul, kaps., 30 mg | 28 szt. | 05909990727032 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,04 | 18,13 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 11,50 |
| 1871 | Lansoprazolum | Lanzul S, kaps., 15 mg | 28 szt. | 05909990869817 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,02 | 9,29 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,98 |
| 1872 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg | 28 szt. | 05909990064045 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,99 | 8,21 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,90 |
| 1873 | Lansoprazolum | Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg | 28 szt. | 05909990064076 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,99 | 15,98 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,35 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1874 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,90 | 28,56 | 28,56 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1875 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 | 2021-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,48 | 78,21 | 78,21 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1876 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 34,96 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 6,55 |
| 1877 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,93 | 32,79 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 4,38 |
| 1878 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,37 | 40,37 | 37,93 | Jaskra | | ryczałt | 5,64 |
| 1879 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 94,13 | 112,27 | 112,27 | Jaskra | | ryczałt | 9,60 |
| 1880 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,84 | 36,89 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 8,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1881 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 83,16 | 99,93 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 13,10 |
| 1882 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 | 2019-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,92 | 42,00 | 37,93 | Jaskra | | ryczałt | 7,27 |
| 1883 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 | 2022-07-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 100,43 | 118,88 | 113,80 | Jaskra | | ryczałt | 14,68 |
| 1884 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05903546007524 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,28 | 34,20 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 5,79 |
| 1885 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05903546007531 | 2020-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,84 | 95,39 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 8,56 |
| 1886 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 78,30 | 94,83 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1887 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,08 | 36,09 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 7,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1888 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,39 | 40,62 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 12,21 |
| 1889 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 | 2022-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 86,67 | 103,61 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 16,78 |
| 1890 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,52 | 43,67 | 37,93 | Jaskra | | ryczałt | 8,94 |
| 1891 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 103,56 | 122,18 | 113,80 | Jaskra | | ryczałt | 17,98 |
| 1892 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,88 | 28,53 | 28,53 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1893 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 | 2021-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 62,53 | 78,27 | 78,27 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1894 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,35 | 40,58 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 12,17 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1895 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 68,03 | 84,04 | 84,04 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1896 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 | 2021-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,95 | 29,66 | 29,66 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1897 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,65 | 35,64 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 7,23 |
| 1898 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,74 | 38,89 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 10,48 |
| 1899 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 67,33 | 83,31 | 83,31 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1900 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 | 2022-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,40 | 40,63 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 12,22 |
| 1901 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 | 2021-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 77,75 | 94,25 | 94,25 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1902 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 50,76 | 62,79 | 56,64 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 9,35 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1903 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05901878600482 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 89,60 | 107,57 | 107,57 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1904 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05903792743399 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 89,64 | 107,61 | 107,61 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1905 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. (but.) | 05909990977925 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 100,44 | 118,95 | 113,28 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 8,87 |
| 1906 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg | 30 szt. | 05909991309138 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 42,12 | 53,72 | 53,72 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1907 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991309145 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 84,24 | 101,94 | 101,94 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1908 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 04037353010604 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 47,52 | 59,39 | 56,64 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 5,95 |
| 1909 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 04037353015388 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 71,28 | 86,82 | 84,96 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 5,06 |
| 1910 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 04037353010628 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 95,04 | 113,28 | 113,28 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1911 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990858651 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 96,98 | 115,32 | 113,28 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 5,24 |
| 1912 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991416683 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 41,58 | 53,15 | 53,15 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|-------------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1913 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991416720 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid | 83,16 | 100,81 | 100,81 | Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów | młodzięcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu | ryczałt | 3,20 |
| 1914 | Letrozolum | Aromek, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991060718 | <1>2022-01-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 44,05 | 55,37 | 55,37 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1915 | Letrozolum | Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990799923 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 48,60 | 60,15 | 55,37 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 4,78 |
| 1916 | Letrozolum | Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990710201 | <1>2022-01-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 49,36 | 60,95 | 55,37 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 5,58 |
| 1917 | Letrozolum | Lametta, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991061111 | <1>2022-01-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 44,06 | 55,38 | 55,37 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,01 |
| 1918 | Letrozolum | Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990794683 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 43,20 | 54,48 | 54,48 | <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 1919 | Letrozolum | Symletrol, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990956395 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy | 47,30 | 58,79 | 55,37 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii | hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL | bezpłatny do limitu | 3,42 |
| 1920 | Leuprorelinum | Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075751 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 596,67 | 651,63 | 557,78 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 103,45 |
| 1921 | Leuprorelinum | Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg | 1 zest. (2 strz.napeł.) | 05909990634057 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 1128,72 | 1222,92 | 1115,55 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 126,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1922 | Leuprorelinum | Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7,5 mg | 1 zest. (tacki) | 05909990075768 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 254,98 | 284,44 | 185,93 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 101,71 |
| 1923 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 3,6 mg | 1 implant | 05909990836246 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 190,08 | 216,29 | 185,93 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 33,56 |
| 1924 | Leuprorelinum | Leuprostin, implant, 5 mg | 1 implant | 05909990836277 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 517,21 | 568,20 | 557,78 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 20,02 |
| 1925 | Leuprorelinum | Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg | 1 amp.-strzyk. | 05906720536582 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 495,72 | 545,64 | 545,64 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 9,60 |
| 1926 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 | 2021-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,03 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 4,00 |
| 1927 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 72,16 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 25,49 |
| 1928 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,46 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 10,10 |
| 1929 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 30,24 | 37,37 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 15,45 |
| 1930 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 45,36 | 54,81 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 20,34 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1931 | Levetiracetamum | Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 0590999006755 | 2022-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postaci farmaceutyczne | 91,76 | 107,01 | 72,23 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 37,98 |
| 1932 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 46,36 | 57,34 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 10,67 |
| 1933 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 23,18 | 29,96 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 8,04 |
| 1934 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml | 05909991374518 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postaci farmaceutyczne | 29,16 | 37,74 | 36,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,82 |
| 1935 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postaci farmaceutyczne | 58,32 | 71,90 | 71,90 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1936 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 79,19 | 95,81 | 95,81 | Padaczka | | ryczałt | 7,11 |
| 1937 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 39,59 | 50,23 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |
| 1938 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 | 2021-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 19,77 | 26,38 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,46 |
| 1939 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 9,89 | 13,96 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 4,60 |
| 1940 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne | 39,59 | 50,23 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1941 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 19,80 | 26,41 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,49 |
| 1942 | 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 | 59,36 | 73,06 | 73,06 | Padaczka | | ryczałt | 5,33 |
| 1943 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,68 | 38,34 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 3,87 |
| 1944 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991361372 | 2020-09-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 58,16 | 71,73 | 71,73 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1945 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 39,25 | 49,87 | 49,87 | Padaczka | | ryczałt | 3,56 |
| 1946 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 9,81 | 13,88 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 4,52 |
| 1947 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 19,62 | 26,22 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 4,30 |
| 1948 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,43 | 38,08 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 3,61 |
| 1949 | 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 | 56,16 | 69,63 | 69,63 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1950 | 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 | 97,20 | 114,72 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 21,37 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1951 | 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 | 48,60 | 59,69 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 13,02 |
| 1952 | 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 | 48,60 | 59,69 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 13,02 |
| 1953 | 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 | 24,30 | 31,14 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 9,22 |
| 1954 | 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 | 72,90 | 87,28 | 75,35 | Padaczka | | ryczałt | 17,26 |
| 1955 | 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 | 36,45 | 45,46 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 10,99 |
| 1956 | 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 | 45,14 | 56,06 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 9,39 |
| 1957 | 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 | 11,29 | 15,43 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 6,07 |
| 1958 | 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 | 22,57 | 29,32 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 7,40 |
| 1959 | 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 | 33,86 | 42,73 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 8,26 |
| 1960 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 116,47 | 134,95 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 41,60 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1961 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 58,23 | 69,80 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 23,13 |
| 1962 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 14,56 | 18,87 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 9,51 |
| 1963 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 58,23 | 69,80 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 23,13 |
| 1964 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 29,12 | 36,19 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 14,27 |
| 1965 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 | 2020-01-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 43,14 | 52,48 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 18,01 |
| 1966 | Levetiracetamum | Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem | 05909990925841 | 2021-01-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 58,64 | 72,23 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 1967 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 108,00 | 126,06 | 100,46 | Padaczka | | ryczałt | 32,71 |
| 1968 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 54,00 | 65,36 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 18,69 |
| 1969 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 13,50 | 17,76 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 8,40 |
| 1970 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 54,00 | 65,36 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 18,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1971 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 27,00 | 33,97 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 12,05 |
| 1972 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990925926 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 40,50 | 49,71 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 15,24 |
| 1973 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909990935901 | 2020-11-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 59,40 | 73,03 | 72,23 | Padaczka | | ryczałt | 4,00 |
| 1974 | Levetiracetamum | Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml | 150 ml | 05909990935895 | 2021-03-01 | 3 lata | 166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne | 29,81 | 38,42 | 36,12 | Padaczka | | ryczałt | 5,50 |
| 1975 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990936250 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 60,48 | 72,16 | 50,23 | Padaczka | | ryczałt | 25,49 |
| 1976 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990935956 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 15,12 | 19,46 | 12,56 | Padaczka | | ryczałt | 10,10 |
| 1977 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990936052 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 30,24 | 37,37 | 25,12 | Padaczka | | ryczałt | 15,45 |
| 1978 | Levetiracetamum | Vetira, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990936151 | 2020-03-01 | 3 lata | 166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne | 45,36 | 54,81 | 37,67 | Padaczka | | ryczałt | 20,34 |
| 1979 | Levocetirizine | Zyx, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05907695215014 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,46 | 32,91 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 17,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------|--|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1980 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 20 szt. | 05909990656929 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,37 | 13,34 | 8,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,73 |
| 1981 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990656936 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,04 | 17,97 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,12 |
| 1982 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990656943 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,55 | 19,75 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 11,33 |
| 1983 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991462475 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,23 | 39,67 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 14,41 |
| 1984 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991449186 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,27 | 39,71 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 14,45 |
| 1985 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991192600 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 46,57 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 21,31 |
| 1986 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990904099 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 17,91 | 22,92 | 17,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,92 |
| 1987 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990904129 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,85 | 18,83 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,98 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 1988 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05906414000726 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,06 | 26,19 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,48 |
| 1989 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powł., 5 mg | 84 szt. | 05906414000733 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 30,08 | 38,17 | 33,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 14,60 |
| 1990 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990790807 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,77 | 13,49 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,64 |
| 1991 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05902020241133 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,63 | 25,74 | 22,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,03 |
| 1992 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powł., 5 mg | 84 szt. | 05902020241140 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,45 | 37,51 | 33,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 13,94 |
| 1993 | Levocetirizini dihydrochloridum | Nossin, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991060589 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,81 | 13,53 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 5,68 |
| 1994 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991358105 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,59 | 21,53 | 17,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,53 |
| 1995 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909991376550 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 16,63 | 21,57 | 17,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 9,57 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1996 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 05909990619627 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 19,38 | 24,46 | 17,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 12,46 |
| 1997 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zenaro, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990781720 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,19 | 14,98 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 7,13 |
| 1998 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990765034 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,53 | 18,49 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 10,64 |
| 1999 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powł., 5 mg | 84 szt. | 05907695215267 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 29,97 | 38,06 | 33,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia | 30% | 14,49 |
| 2000 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, kaps., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095216 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2001 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990095018 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |
| 2002 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg | 100 szt. | 05909990748723 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------------|---|----------|----------------|---|--|--|-------|-------|-------|--|--|---------------------|------|
| 2003 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095117 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 81,00 | 97,80 | 97,80 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2004 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990094912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 21,22 | 27,97 | 24,45 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 6,72 |
| 2005 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990748624 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 21,22 | 27,97 | 24,45 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 6,72 |
| 2006 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990377510 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 42,44 | 53,31 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 7,61 |
| 2007 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. | 05909990175215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 63,72 | 80,73 | 80,73 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 4,44 |
| 2008 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990175314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 38,88 | 49,57 | 48,90 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,87 |
| 2009 | Levodopum + Carbidopum | Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg | 100 szt. | 05909990020416 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy | 78,24 | 94,89 | 94,89 | Choroba i zespół Parkinsona | <1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny | ryczałt | 3,56 |
| 2010 | Levomepromazinum | Tisercin, tabl. powł., 25 mg | 50 szt. | 05909990193912 | 2022-01-01 | 3 lata | 173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego | 8,07 | 11,51 | 11,51 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2011 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,31 | 14,50 | 14,50 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2012 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,15 | 7,54 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,66 |
| 2013 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,15 | 7,54 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,66 |
| 2014 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 | 2021-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 2,57 | 3,78 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 3,26 |
| 2015 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,64 | 14,84 | 14,84 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2016 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,78 | 8,20 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,32 |
| 2017 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,02 | 8,64 | 8,33 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,29 |
| 2018 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 13,07 | 17,93 | 17,93 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,89 |
| 2019 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,45 | 9,30 | 9,30 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |
| 2020 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,70 | 9,77 | 9,77 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,87 |
| 2021 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 14,04 | 19,49 | 19,49 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 10,67 |
| 2022 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,56 | 10,88 | 10,88 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,33 |
| 2023 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 8,96 | 12,75 | 12,75 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,22 |
| 2024 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,62 | 13,77 | 13,77 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,11 |
| 2025 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,74 | 8,16 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,64 |
| 2026 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,82 | 5,61 | 1,86 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2027 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 9,31 | 11,91 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 8,03 |
| 2028 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,18 | 6,52 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,00 |
| 2029 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 10,04 | 13,48 | 11,16 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 7,65 |
| 2030 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,69 | 7,59 | 5,58 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,21 |
| 2031 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,72 | 7,91 | 6,55 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,56 |
| 2032 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,51 | 7,92 | 7,44 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,04 |
| 2033 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 | 2022-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 6,45 | 9,30 | 9,30 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,44 |
| 2034 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 7,88 | 11,21 | 11,16 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 5,38 |
| 2035 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 | 2022-01-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 5,18 | 6,52 | 3,72 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 6,00 |
| 2036 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 | 2022-07-01 | 3 lata | 83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego | 4,97 | 6,84 | 5,58 | Niedoczynność tarczycy | | ryczałt | 4,46 |
| 2037 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991013417 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,29 | 9,28 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,20 |
| 2038 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991357337 | 2021-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,67 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,52 |
| 2039 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991365691 | 2021-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,72 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,57 |
| 2040 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991013516 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,58 | 18,26 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,11 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2041 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 05909991266608 | 2017-09-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,02 | 14,52 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,37 |
| 2042 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991013318 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,65 | 4,65 | 2,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,65 |
| 2043 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990939817 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 11,84 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,76 |
| 2044 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg | 28 szt. | 05909991392697 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,43 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,55 |
| 2045 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990939916 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,66 | 19,39 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,24 |
| 2046 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990939718 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,48 | 7,62 | 2,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,62 |
| 2047 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,04 | 12,06 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,34 |
| 2048 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 19,57 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,69 |
| 2049 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,48 | 7,56 | 2,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,56 |
| 2050 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,34 | 9,23 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,51 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2051 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 16,97 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,09 |
| 2052 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,67 | 4,60 | 2,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,60 |
| 2053 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990701803 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,28 | 15,57 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,49 |
| 2054 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909990761685 | 2022-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 24,16 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 20,01 |
| 2055 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 05909990970520 | 2021-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 22,23 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 18,08 |
| 2056 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,53 | 14,80 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,72 |
| 2057 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,93 | 21,79 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,64 |
| 2058 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,85 | 20,48 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,60 |
| 2059 | Lithii carbonas | Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg | 60 szt. | 05909990148714 | 2022-01-01 | 3 lata | 180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2060 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 | 2022-01-01 | 3 lata | 10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid | 5,16 | 7,55 | 7,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,78 |
| 2061 | Loratadinum | Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml | 120 ml | 05909990739318 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,29 | 12,60 | 10,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 5,40 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------|---------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2062 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990739233 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 11,99 | 16,01 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,59 |
| 2063 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990223343 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,92 | 30,51 | 24,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 13,68 |
| 2064 | Loratadinum | Flonidan, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990223350 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,23 | 47,02 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 21,76 |
| 2065 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990795420 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,10 | 16,13 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,71 |
| 2066 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990670253 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,91 | 30,50 | 24,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 13,67 |
| 2067 | Loratadinum | Loratadyna Galena, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909990670260 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 35,96 | 44,64 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 19,38 |
| 2068 | Loratadinum | Loratan, kaps. miękkie, 10 mg | 30 szt. | 05909990909049 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 12,42 | 16,46 | 12,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 8,04 |
| 2069 | Loratadinum | Loratan, syrop, 5 mg/5 ml | 125 ml | 05909990839018 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 11,88 | 15,42 | 10,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckeego - u pacjentów powyżej 2 roku życia | 30% | 7,92 |
| 2070 | Losartan potassium | Losacor, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909991055110 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,56 | 14,85 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,10 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2071 | Losartanum | Cozaar, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,84 | 13,95 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,64 |
| 2072 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg | 28 tabl. | 05909991297060 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,69 | 15,47 | 15,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,64 |
| 2073 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg | 28 tabl. | 05909991296940 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,35 | 8,19 | 8,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,46 |
| 2074 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990433612 | 2019-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,84 | 13,95 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,64 |
| 2075 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, tabl. powł., 100+25 mg | 28 tabl. | 05909990810796 | 2018-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,04 | 14,79 | 14,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,44 |
| 2076 | Losartanum kalicum | Cozaar, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,68 | 27,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,40 |
| 2077 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,06 | 25,31 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,70 |
| 2078 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,02 | 13,09 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,78 |
| 2079 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powł., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,33 | 25,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,99 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2080 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powł., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,92 | 32,82 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,90 |
| 2081 | Losartanum kalicum | Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990956654 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 14,05 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,30 |
| 2082 | Losartanum kalicum | Losartic, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990621439 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,21 | 13,29 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,98 |
| 2083 | Losartanum kalicum | Lozap 50, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990573905 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,12 | 14,38 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,63 |
| 2084 | Losartanum kalicum | Presartan, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990724345 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,36 | 11,49 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,74 |
| 2085 | Losartanum kalicum | Xartan, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,65 | 22,29 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | 30% | 15,54 |
| 2086 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 100+10 mg | 30 szt. | 05909991105853 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,63 | 29,26 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |
| 2087 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 100+5 mg | 30 szt. | 05909991105785 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,63 | 29,26 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |
| 2088 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+10 mg | 30 szt. | 05909991105723 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,77 | 15,07 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 2089 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+10 mg | 60 szt. | 05909991105747 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,63 | 29,26 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2090 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+10 mg | 90 szt. | 05909991105761 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,45 | 43,04 | 28,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,77 |
| 2091 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+5 mg | 30 szt. | 05909991105655 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,77 | 15,07 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 2092 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+5 mg | 60 szt. | 05909991105679 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,63 | 29,26 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |
| 2093 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powł., 50+5 mg | 90 szt. | 05909991105693 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,45 | 43,04 | 28,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,77 |
| 2094 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990970513 | 2019-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,68 | 27,01 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,40 |
| 2095 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 28 szt. | 05909990337392 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,02 | 13,09 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,78 |
| 2096 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990686339 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,33 | 25,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,99 |
| 2097 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990686360 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,48 | 37,60 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,68 |
| 2098 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645565 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,06 | 25,31 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,70 |
| 2099 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg | 28 szt. | 05909990816484 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,85 |
| 2100 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990611980 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,12 | 14,38 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,63 |
| 2101 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg | 30 szt. | 05909990721894 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,54 | 27,07 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,55 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---|--------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2102 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990721641 | 2022-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,77 | 14,02 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,27 |
| 2103 | Lovastatin | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,58 | 14,27 | 3,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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% | 11,89 |
| 2104 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990422159 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,96 | 14,67 | 3,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 12,29 |
| 2105 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powł., 18.5 mg | 28 szt. | 05909991108670 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2106 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powł., 37 mg | 28 szt. | 05909991108762 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2107 | Lurasidonum | Latuda, tabl. powł., 74 mg | 28 szt. | 05909991108878 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony | 199,98 | 227,73 | 227,73 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2108 | Mazipredonum + Miconazoli nitras | Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g | 15 g | 05909990129812 | 2022-01-01 | 3 lata | 49.0, Miconazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę | 17,28 | 23,27 | 23,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,64 |
| 2109 | Mebendazolium | Vermox, tabl., 100 mg | 6 szt. | 05909990250615 | 2022-01-01 | 3 lata | 194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol | 8,37 | 11,93 | 11,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2110 | Mebendazolium | Vermox, tabl., 100 mg | 6 tabl. | 05909997217963 | 2018-01-01 | 5 lat | 194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol | 5,99 | 9,43 | 9,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2111 | Medroxyprogesteroni acetat | Provera, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990155514 | 2022-01-01 | 3 lata | 72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron | 13,72 | 18,34 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 2112 | 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 | 6,66 | 9,31 | 7,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,83 |
| 2113 | Medroxyprogesteronum | Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 1 fiol.po 3,3 ml | 05909990236510 | 2022-01-01 | 3 lata | 127.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego | 10,96 | 15,31 | 15,31 | Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy | | ryczałt | 3,20 |
| 2114 | 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 | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2115 | 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 | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2116 | 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 | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2117 | 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 | 116,64 | 137,09 | 137,09 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 6,40 |
| 2118 | 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 | 20,30 | 26,99 | 26,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,50 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2119 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990224883 | 2022-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 8,10 | 11,12 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,30 |
| 2120 | Meloxicamum | Aglan 15, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990610006 | 2022-07-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,53 | 14,67 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,43 |
| 2121 | Meloxicamum | Aspicam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990997527 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,40 | 12,48 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,66 |
| 2122 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909991228262 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,70 | 9,65 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,83 |
| 2123 | Meloxicamum | Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 30 szt. | 05909991228279 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,82 | 13,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,91 |
| 2124 | Meloxicamum | Meloxistad, tabl. powł., 15 mg | 10 szt. | 05909990431151 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 4,10 | 5,72 | 4,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 3,31 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2125 | 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 | 6,77 | 9,72 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,90 |
| 2126 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990464425 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,79 | 7,49 | 4,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,08 |
| 2127 | Meloxicamum | Movalis, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909990464418 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,26 | 13,38 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,56 |
| 2128 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 10 szt. | 05909990612406 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 3,51 | 5,10 | 4,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 2,69 |
| 2129 | Meloxicamum | Opokan forte, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990612420 | 2022-03-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 9,72 | 13,82 | 13,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,91 |
| 2130 | Meloxicamum | Remolexam, tabl., 15 mg | 20 szt. | 05909991343354 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,37 | 9,30 | 9,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,65 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2131 | Meloxicamum | Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 20 szt. | 05909990866625 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,77 | 9,72 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,90 |
| 2132 | Melphalanum | Alkeran, tabl.powl., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2019-11-01 | 3 lata | 235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan | 111,95 | 131,93 | 131,93 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2133 | Menotropinum | Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH | 1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml | 05909990812905 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 1234,44 | 1337,80 | 1292,01 | 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 | 48,99 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2134 | Menotropinum | Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH | 1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml | 05909990812981 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 616,68 | 674,58 | 646,02 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 31,76 |
| 2135 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp.-strz.z rozpuszczalnikiem | 05909991219338 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 138,78 | 161,51 | 161,51 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-----------------|--|--|----------------|------------|--------|---|-------|-------|-------|---|----|---------------------|-------|
| 2136 | Menotropinum | Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m. | 1 fiol.z proszkiem + 1 amp-str.z rozpuszczalnikiem | 05909991219307 | 2021-03-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 69,39 | 84,64 | 80,74 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 | 7,10 |
| 2137 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 26,46 | 34,45 | 34,45 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2138 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna | 26,46 | 34,45 | 34,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2139 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 38,76 | 48,18 | 39,43 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,95 |
| 2140 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991083816 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 44,76 | 20,77 | Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 27,19 |
| 2141 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 63,13 | 77,41 | 77,41 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,56 |
| 2142 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991083915 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 87,24 | 41,54 | Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 48,90 |
| 2143 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 | 2022-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,18 | 47,59 | 38,77 | Wrzodzące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 12,02 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2144 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,16 | 43,73 | 41,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 5,39 |
| 2145 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 | 2022-03-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 70,52 | 85,21 | 77,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 10,87 |
| 2146 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,31 | 83,37 | 83,08 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,49 |
| 2147 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 22,68 | 28,88 | 20,77 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 11,31 |
| 2148 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 | 2022-07-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,34 | 48,12 | 41,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 9,78 |
| 2149 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 144,50 | 162,90 | 77,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 88,56 |
| 2150 | 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 | 132,65 | 150,40 | 78,85 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 75,11 |
| 2151 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 | 2022-05-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 154,44 | 174,61 | 94,62 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 84,26 |
| 2152 | Mesalazinum | Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml | 7 butelek po 100 ml | 05909990818815 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 76,68 | 87,82 | 35,82 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 55,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2153 | Mesalazinum | Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sas. | 05909990974184 | 2019-11-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 316,12 | 348,38 | 189,25 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 167,66 |
| 2154 | Mesalazinum | Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sas. | 05909991273989 | 2021-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 315,58 | 347,80 | 189,25 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 167,08 |
| 2155 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990662111 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 130,68 | 148,33 | 78,85 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 73,04 |
| 2156 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 1000 mg | 100 szt. | 05909991449964 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 120,96 | 142,13 | 142,13 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 7,11 |
| 2157 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05909991433857 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,04 | 83,08 | 83,08 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2158 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991418847 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 60,48 | 74,62 | 74,62 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,56 |
| 2159 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991448554 | 2021-09-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,02 | 43,58 | 41,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 5,24 |
| 2160 | Mesalazinum | Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml | 7 but.po 60 ml | 05909990970117 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne | 122,25 | 143,28 | 143,28 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2161 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 | 2022-05-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 133,92 | 152,26 | 83,08 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 72,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2162 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909990422227 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,58 | 89,32 | 41,54 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 50,98 |
| 2163 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990400119 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 40,89 | 50,40 | 39,43 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 14,17 |
| 2164 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990765423 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,40 | 7,93 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,77 |
| 2165 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990765430 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,40 | 13,71 | 13,71 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2166 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05903792661600 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 13,12 | 18,79 | 18,79 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2167 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990765379 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,59 | 3,89 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,41 |
| 2168 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909990765386 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,70 | 7,20 | 7,20 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2169 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05903792661563 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,57 | 10,03 | 10,03 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2170 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990765393 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,32 | 6,53 | 6,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,47 |
| 2171 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990765409 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,10 | 12,00 | 12,00 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2172 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. | 05903792661587 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,16 | 16,21 | 16,21 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,08 |
| 2173 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991395322 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,73 | 14,58 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,42 |
| 2174 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991395339 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,49 | 28,50 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 16,98 |
| 2175 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991395278 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,44 | 28,45 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 16,93 |
| 2176 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991395247 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,86 | 7,32 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,84 |
| 2177 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991395254 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,73 | 14,58 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,42 |
| 2178 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991395261 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,60 | 21,61 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,77 |
| 2179 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991395285 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,80 | 10,99 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,67 |
| 2180 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991395292 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,60 | 21,61 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,77 |
| 2181 | Metformini hydrochloridum | Etfom, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991352417 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,68 | 29,82 | 29,44 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,78 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2182 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991352400 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 12,31 | 16,77 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,25 |
| 2183 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,06 |
| 2184 | Metformini hydrochloridum | Etform 500, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,37 | 15,07 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,23 |
| 2185 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,47 | 14,48 | 12,51 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,17 |
| 2186 | Metformini hydrochloridum | Etform 850, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,70 | 20,98 | 18,77 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,29 |
| 2187 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 07613421049331 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 38,70 | 46,65 | 29,44 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 23,61 |
| 2188 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 07613421049317 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,68 | 12,42 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,26 |
| 2189 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 07613421049324 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 19,34 | 24,15 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 12,63 |
| 2190 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 07613421049270 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 19,34 | 24,15 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 12,63 |
| 2191 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 07613421049256 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,84 | 6,25 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2192 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 07613421049263 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,68 | 12,42 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,26 |
| 2193 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 07613421049300 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 29,02 | 35,48 | 22,08 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 18,20 |
| 2194 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 07613421049287 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,25 | 9,36 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,04 |
| 2195 | Metformini hydrochloridum | Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 07613421049294 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,52 | 18,38 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,54 |
| 2196 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,31 | 29,44 | 29,44 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2197 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,31 | 29,44 | 29,44 | <2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | 30% | 8,83 | |
| 2198 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,65 | 8,19 | 7,36 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,03 |
| 2199 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,65 | 8,19 | 7,36 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 3,04 |
| 2200 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,86 | 16,29 | 14,72 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,77 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2201 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,86 | 16,29 | 14,72 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 5,99 |
| 2202 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 | <1>2019-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,14 | 23,01 | 22,08 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,73 |
| 2203 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 | <1>2019-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,14 | 23,01 | 22,08 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 7,55 |
| 2204 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 | <1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,16 | 15,56 | 14,72 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,04 |
| 2205 | 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 | 11,16 | 15,56 | 14,72 | <2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 5,26 |
| 2206 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,21 | 4,54 | 3,68 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,06 |
| 2207 | 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 | 3,21 | 4,54 | 3,68 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 1,96 |
| 2208 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,40 | 8,98 | 7,36 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,82 |
| 2209 | 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 | 6,40 | 8,98 | 7,36 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 3,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2210 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 | <1>2019-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,56 | 12,12 | 11,04 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,28 |
| 2211 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 | <1>2019-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,56 | 12,12 | 11,04 | <2>Zespół policystycznych jajników | | 30% | 4,39 |
| 2212 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 120 szt. | 05903060614420 | <1>2022-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,96 | 25,40 | 25,02 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,82 |
| 2213 | 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 | 18,96 | 25,40 | 25,02 | <2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 7,89 |
| 2214 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990079001 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,74 | 6,97 | 6,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,91 |
| 2215 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990079025 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,49 | 13,45 | 12,51 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,14 |
| 2216 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990079032 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,58 | 19,80 | 18,77 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,11 |
| 2217 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,67 | 8,21 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,05 |
| 2218 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990789276 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,99 | 5,36 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,88 |
| 2219 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990789290 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,51 | 7,78 | 6,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,72 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2220 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909990864461 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 31,50 | 36,92 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 25,40 |
| 2221 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,40 | 8,94 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,46 |
| 2222 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,60 | 18,64 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 14,48 |
| 2223 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909990213429 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,10 | 13,41 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 11,09 |
| 2224 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990213436 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,40 | 27,70 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 19,86 |
| 2225 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909991415365 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,70 | 7,20 | 7,20 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2226 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991415372 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,40 | 13,71 | 13,71 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2227 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909991415389 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,09 | 19,80 | 19,80 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2228 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909991415303 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,34 | 3,63 | 3,63 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2229 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909991415310 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,70 | 7,20 | 7,20 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2230 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05909991415327 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,04 | 10,52 | 10,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2231 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909991415334 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,99 | 6,18 | 6,18 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2232 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909991415341 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,97 | 11,86 | 11,86 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2233 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. | 05909991415358 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,96 | 17,05 | 17,05 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,08 |
| 2234 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991415686 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,88 | 12,63 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,47 |
| 2235 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991415693 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 19,76 | 24,59 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,07 |
| 2236 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991415624 | 2021-07-01 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,94 | 6,36 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,88 |
| 2237 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991415631 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,87 | 12,62 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,46 |
| 2238 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991415648 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,81 | 18,68 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,84 |
| 2239 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991415655 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,41 | 9,53 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2240 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991415662 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,82 | 18,69 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,85 |
| 2241 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991425845 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 20,52 | 27,56 | 27,56 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2242 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991252069 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,14 | 29,26 | 29,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,40 |
| 2243 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990053056 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,71 | 8,26 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,10 |
| 2244 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991425821 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,26 | 14,61 | 14,61 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2245 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990933181 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,18 | 15,58 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,06 |
| 2246 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909991425838 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,39 | 21,17 | 21,17 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,80 |
| 2247 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | <1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,79 | 5,16 | 3,68 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,68 |
| 2248 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 | <1>2022-01-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,79 | 5,16 | 3,68 | <2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | 30% | 2,58 | |
| 2249 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | <1>2021-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,36 | <1>Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2250 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 | <1>2021-09-01/<2>2020-03-01 | 3 lata | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,58 | 10,22 | 7,36 | <2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi | | 30% | 5,07 |
| 2251 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,28 | 7,53 | 6,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,47 |
| 2252 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 10,47 | 14,48 | 12,51 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,17 |
| 2253 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,70 | 20,98 | 18,77 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,29 |
| 2254 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991404918 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,71 | 14,56 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,40 |
| 2255 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991404925 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,43 | 28,44 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 16,92 |
| 2256 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 7,56 | 9,11 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,63 |
| 2257 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 15,55 | 18,59 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 14,43 |
| 2258 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,33 | 27,64 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 19,80 |
| 2259 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991404895 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,02 | 11,22 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,90 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2260 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991404901 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,04 | 22,07 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 14,23 |
| 2261 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990705894 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,37 | 6,85 | 6,85 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2262 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990705474 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 2,34 | 3,63 | 3,63 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2263 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990705726 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,72 | 5,90 | 5,90 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,20 |
| 2264 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909990221028 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 22,36 | 29,49 | 29,44 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,45 |
| 2265 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990220984 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,59 | 8,14 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,98 |
| 2266 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990220991 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,18 | 15,58 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,06 |
| 2267 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909990221004 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 16,77 | 22,62 | 22,08 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,34 |
| 2268 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05909990457236 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,19 | 15,59 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,07 |
| 2269 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990457212 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 3,19 | 4,52 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2270 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909990457229 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,59 | 8,14 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,98 |
| 2271 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 04013054024331 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,39 | 11,94 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,10 |
| 2272 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powł., 850 mg | 120 szt. | 05909990457335 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 19,07 | 25,50 | 25,02 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,92 |
| 2273 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990457311 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,75 | 6,98 | 6,26 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 3,92 |
| 2274 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990457328 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,45 | 13,42 | 12,51 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,11 |
| 2275 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. | 04013054024348 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 14,31 | 19,52 | 18,77 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,83 |
| 2276 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 05909991394585 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 44,71 | 52,96 | 29,44 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 29,92 |
| 2277 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991394554 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,18 | 14,00 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,84 |
| 2278 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991394462 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,36 | 28,37 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 16,85 |
| 2279 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991394431 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,79 | 7,25 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,77 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2280 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 05909991394516 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 33,53 | 40,22 | 22,08 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 22,94 |
| 2281 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991394486 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,38 | 10,55 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,23 |
| 2282 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991271756 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,74 | 14,59 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,43 |
| 2283 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991271763 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 23,49 | 28,50 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 16,98 |
| 2284 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991271695 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 5,89 | 7,35 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,87 |
| 2285 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991271701 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 11,77 | 14,62 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 10,46 |
| 2286 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991271732 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 8,82 | 11,01 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 8,69 |
| 2287 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991271749 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 17,65 | 21,66 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 13,82 |
| 2288 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991453558 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,31 | 12,04 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,88 |
| 2289 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991453572 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 18,62 | 23,39 | 14,72 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 11,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------|---|-------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2290 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt | 05909991453497 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 4,65 | 6,05 | 3,68 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,57 |
| 2291 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991453473 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,31 | 12,04 | 7,36 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 7,88 |
| 2292 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 05909991453510 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 6,99 | 9,09 | 5,52 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 6,77 |
| 2293 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991453534 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 13,98 | 17,81 | 11,04 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 9,97 |
| 2294 | Metforminum | Glucophage, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990789306 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 9,50 | 13,47 | 12,51 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,16 |
| 2295 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 tabl. | 05909990933198 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina | 16,84 | 22,69 | 22,08 | Cukrzyca | zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 5,41 |
| 2296 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 10 ml | 05909990719013 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 4,70 | 5,62 | 2,20 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 5,62 |
| 2297 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990792016 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 16,24 | 21,96 | 21,96 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2298 | Methadoni hydrochloridum | Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990718917 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon | 5,02 | 6,64 | 4,39 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 5,45 |
| 2299 | Methotrexatum | Ebretaxat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 16,49 | 22,27 | 22,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2300 | Methotrexatum | Ebretaxat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 73,22 | 88,31 | 88,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2301 | Methotrexatum | Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 97,63 | 115,63 | 115,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2302 | Methotrexatum | Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 146,45 | 169,19 | 169,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2303 | Methotrexatum | Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 195,26 | 222,14 | 222,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2304 | Methotrexatum | Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 244,08 | 274,55 | 274,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2305 | Methotrexatum | Ebretexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 292,90 | 326,97 | 326,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2306 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 216,85 | 245,38 | 245,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,84 |
| 2307 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 289,14 | 323,02 | 323,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2308 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 361,26 | 400,48 | 400,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,40 |
| 2309 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 433,71 | 478,29 | 478,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 7,68 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|-------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2310 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 505,76 | 555,67 | 555,67 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,96 |
| 2311 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 578,28 | 633,54 | 633,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2312 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 650,27 | 710,86 | 710,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 11,52 |
| 2313 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 722,84 | 788,79 | 788,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 12,80 |
| 2314 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 794,77 | 866,05 | 866,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 14,08 |
| 2315 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 867,41 | 944,04 | 944,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 15,36 |
| 2316 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 18,60 | 24,49 | 22,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,42 |
| 2317 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 24,80 | 32,00 | 29,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,51 |
| 2318 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 31,00 | 39,38 | 37,12 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,46 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2319 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 37,20 | 46,75 | 44,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,41 |
| 2320 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 43,39 | 54,11 | 51,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,35 |
| 2321 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 49,59 | 61,19 | 59,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,00 |
| 2322 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 55,79 | 68,27 | 66,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,66 |
| 2323 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 61,99 | 75,36 | 74,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,33 |
| 2324 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 74,39 | 89,53 | 89,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,65 |
| 2325 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 74,52 | 89,67 | 89,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,79 |
| 2326 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 99,36 | 117,45 | 117,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2327 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 149,04 | 171,91 | 171,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2328 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 0505556731031 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 198,72 | 225,78 | 225,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2329 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 0505556731086 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 248,40 | 279,09 | 279,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2330 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 0505556731123 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 298,08 | 332,40 | 332,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2331 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 0505556730904 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 149,04 | 171,91 | 171,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2332 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 0505556730935 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 198,72 | 225,78 | 225,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2333 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 0505556730980 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 298,08 | 332,40 | 332,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2334 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 0505556731048 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 397,44 | 439,04 | 439,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,83 |
| 2335 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 0505556731093 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 496,80 | 545,68 | 545,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,53 |
| 2336 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 0505556731130 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 596,16 | 652,32 | 652,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2337 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 314,88 | 350,04 | 350,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2338 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 351,82 | 391,14 | 391,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 6,83 |
| 2339 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 439,78 | 485,80 | 485,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 8,53 |
| 2340 | Methotrexatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 527,73 | 580,47 | 580,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 10,24 |
| 2341 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 32,36 | 41,41 | 38,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; zmiennokowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 24,31 |
| 2342 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2022-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 32,36 | 41,41 | 38,43 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,98 |
| 2343 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg | 50 szt. | 05909990453825 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 16,18 | 21,78 | 19,21 | x | sarkoidoza; zmiennokowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 13,24 |
| 2344 | Methotrexatum | Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg | 50 szt. | 05909990453825 | 2022-03-01 | 3 lata | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 16,18 | 21,78 | 19,21 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,57 |
| 2345 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252724 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 90,18 | 107,81 | 107,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------------------|---|------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2346 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252762 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 139,32 | 161,71 | 161,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2347 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252809 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 189,54 | 216,14 | 216,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,41 |
| 2348 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252847 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 239,76 | 270,02 | 270,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,27 |
| 2349 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252885 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 290,52 | 324,47 | 324,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 5,12 |
| 2350 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252700 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego | 66,42 | 81,16 | 81,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 2351 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991303617 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 62,64 | 76,85 | 76,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; zmiennikowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 42,67 |
| 2352 | Methotrexatum | Trexan Neo, tabl., 2,5 mg | 100 szt. (w pojemniku) | 05909991303563 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego | 15,64 | 21,21 | 19,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | sarkoidoza; zmiennikowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 12,67 |
| 2353 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg | 30 szt. | 05909990655021 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 36,72 | 46,50 | 42,17 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 7,53 |
| 2354 | Methylphenidati hydrochloridum | Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg | 30 szt. | 05909990655038 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2355 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990652198 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 19,98 | 26,50 | 23,43 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 6,27 |
| 2356 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990652204 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 27,54 | 37,45 | 37,45 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 2357 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990652181 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 10,26 | 14,29 | 11,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 5,78 |
| 2358 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909990652235 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 31,86 | 38,97 | 23,43 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 18,74 |
| 2359 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990652242 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 64,26 | 76,00 | 46,86 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 32,34 |
| 2360 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg | 30 szt. | 05909990652259 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 77,76 | 92,20 | 70,28 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 25,12 |
| 2361 | Methylphenidati hydrochloridum | Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg | 30 szt. | 05909990652266 | 2022-01-01 | 3 lata | 185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat | 102,06 | 119,69 | 93,71 | Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia | | ryczałt | 30,25 |
| 2362 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 10,48 | 14,71 | 14,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,36 |
| 2363 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 10,80 | 15,04 | 14,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,69 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------|---|------------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2364 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 32,40 | 42,81 | 42,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2365 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,48 | 9,23 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,40 |
| 2366 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 05909990939220 | 2021-11-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 52,49 | 65,12 | 65,12 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 3,20 |
| 2367 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 | 2022-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 21,06 | 28,47 | 28,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2368 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 | 2022-03-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 5,40 | 8,10 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,27 |
| 2369 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 | 2021-05-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 10,80 | 15,41 | 15,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2370 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 24,51 | 32,10 | 32,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2371 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 | 2022-01-01 | 3 lata | 82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon | 6,46 | 9,21 | 8,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,38 |
| 2372 | Methylprednisolonum | Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg | 1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. | 05909990236718 | 2022-07-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 34,88 | 43,25 | 32,56 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 13,89 |
| 2373 | Metoprololi tartaras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,56 | 10,29 | 7,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,56 |
| 2374 | Metoprololi tartaras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 5,51 | 7,02 | 3,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2375 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,47 | 9,30 | 8,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,15 |
| 2376 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 21,44 | 28,02 | 26,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,58 |
| 2377 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991379391 | 2022-03-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 37,91 | 48,32 | 48,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,50 |
| 2378 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 | 2020-09-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 18,90 | 25,36 | 25,36 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,61 |
| 2379 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990883813 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,39 | 9,22 | 8,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,07 |
| 2380 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909990764242 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,16 | 25,63 | 25,63 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,69 |
| 2381 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991064525 | 2022-03-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 37,64 | 48,03 | 48,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,41 |
| 2382 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powł., 10 mg | 90 tabl. | 05909991120962 | 2018-03-01 | 5 lat | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,44 | 25,92 | 25,92 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,78 |
| 2383 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. (1 blister po 30 szt.) | 05909990157716 | 2019-01-01 | 5 lat | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 7,05 | 9,91 | 8,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,76 |
| 2384 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. (1 blister po 30 szt.) | 05909990157822 | 2019-01-01 | 5 lat | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 21,17 | 27,74 | 26,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,30 |
| 2385 | Mianserinum | Miansec, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990796618 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 6,39 | 9,22 | 8,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,07 |
| 2386 | Mianserinum | Miansec, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909990796625 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 19,12 | 25,59 | 25,59 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,68 |
| 2387 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powł., 30 mg | 20 szt. | 05909991124311 | 2022-01-01 | 3 lata | 225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna | 12,74 | 17,56 | 17,56 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,27 |
| 2388 | Miconazoli nitras | Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg | 15 szt. | 05909990281312 | 2022-01-01 | 3 lata | 59,0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwwgrzybiczym | 16,42 | 22,19 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,10 |
| 2389 | mieszanki alergenów pyłku roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml | 1 fiol. po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975419 | 2022-01-01 | 3 lata | 214,4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 213,92 | 242,74 | 242,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2390 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 05909990094813 | 2022-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 16,74 | 21,46 | 15,79 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,41 |
| 2391 | Moclobemidum | Mobemid, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 05909990966813 | 2022-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 12,15 | 16,63 | 15,79 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,58 |
| 2392 | Moclobemidum | Moklar, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 05909990953714 | 2022-01-01 | 3 lata | 227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid | 11,34 | 15,79 | 15,79 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,74 |
| 2393 | Mometasoni fuoras | Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991195366 | 2021-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 12,57 | 16,87 | 13,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,02 |
| 2394 | Mometasoni fuoroas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 | 2021-05-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,71 | 16,40 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,29 |
| 2395 | Mometasoni fuoroas | Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991141004 | 2020-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 11,72 | 15,98 | 13,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,13 |
| 2396 | Mometasoni fuoroas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 100 g | 05909991236199 | 2020-09-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 24,79 | 32,43 | 32,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,22 |
| 2397 | Mometasoni fuoroas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 100 ml | 05909991296384 | 2020-09-01 | 2 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 21,60 | 28,83 | 28,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,42 |
| 2398 | Mometasoni fuoroas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 | 2020-09-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 15,34 | 20,21 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,10 |
| 2399 | Mometasoni fuoroas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 | 2021-01-01 | 3 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 12,42 | 17,14 | 16,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,03 |
| 2400 | Mometasoni fuoroas | Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną | 1 but. po 18 g | 05909991031275 | 2020-09-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 10,31 | 14,50 | 13,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,65 |
| 2401 | Mometasoni fuoroas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 1 but. po 140 dawek | 05909991099688 | 2020-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 10,31 | 14,50 | 13,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,65 |
| 2402 | Mometasoni fuoroas | Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę | 2 but. po 140 daw. | 05909991099695 | 2021-01-01 | 3 lata | 196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa | 20,63 | 27,41 | 27,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,71 |
| 2403 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 poj. po 60 daw. | 05909991106638 | 2019-01-01 | 5 lat | 200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole | 81,00 | 96,01 | 72,12 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 30,29 |
| 2404 | Mometasonum | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 | 2021-11-01 | 2 lata | 56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania | 11,34 | 15,84 | 15,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,27 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2405 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 | 2020-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,52 | 22,31 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,69 |
| 2406 | 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 | 20,08 | 26,05 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 10,43 |
| 2407 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 | 2022-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,96 | 14,09 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,85 |
| 2408 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 | 2022-07-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,45 | 17,22 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,41 |
| 2409 | Montelukastum | Milukante, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 22,53 | 28,63 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 13,01 |
| 2410 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 11,94 | 15,12 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,88 |
| 2411 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 14,96 | 18,81 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 11,00 |
| 2412 | 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 | 19,14 | 25,07 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,45 |
| 2413 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,26 | 13,35 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2414 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 | 2022-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 13,07 | 16,82 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,01 |
| 2415 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,36 | 22,15 | 22,15 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,65 |
| 2416 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990871650 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 6,98 | 9,91 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,67 |
| 2417 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990871766 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,72 | 12,26 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,45 |
| 2418 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 | 2020-11-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 15,77 | 21,53 | 21,53 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,46 |
| 2419 | 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 | 16,52 | 22,31 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,69 |
| 2420 | 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 | 15,71 | 21,72 | 21,72 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,52 |
| 2421 | 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 | 38,56 | 48,57 | 47,81 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 15,10 |
| 2422 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 | 2022-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,26 | 13,35 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2423 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 | 2022-03-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 9,82 | 13,41 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 5,60 |
| 2424 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 18,79 | 24,70 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,08 |
| 2425 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 7,13 | 10,08 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,84 |
| 2426 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 | 2020-01-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,68 | 12,22 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,41 |
| 2427 | 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 leukotrienowych | 19,33 | 25,27 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 9,65 |
| 2428 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 | 2022-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 10,21 | 13,30 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 7,06 |
| 2429 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 | 2022-05-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 12,91 | 16,66 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 8,85 |
| 2430 | Montelukastum | Romilast, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 16,69 | 22,49 | 22,31 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 6,87 |
| 2431 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 7,02 | 9,95 | 8,92 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 3,71 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2432 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 | 2019-09-01 | 3 lata | 204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych | 8,75 | 12,29 | 11,16 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | 30% | 4,48 |
| 2433 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,26 | 8,94 | 7,57 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia | | ryczałt | 4,57 |
| 2434 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 6,26 | 8,94 | 7,57 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 2435 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 53,51 | 66,91 | 66,91 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2436 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 53,51 | 66,91 | 66,91 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2437 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 90,00 | 109,22 | 109,22 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 2438 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 90,00 | 109,22 | 109,22 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2439 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 17,06 | 23,14 | 22,71 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia | | ryczałt | 3,63 |
| 2440 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 17,06 | 23,14 | 22,71 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,43 |
| 2441 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 29,18 | 38,74 | 38,74 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia | | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2442 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 29,18 | 38,74 | 38,74 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2443 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 14,79 | 18,94 | 12,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,73 |
| 2444 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990404919 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 14,79 | 18,94 | 12,41 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,53 |
| 2445 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 18,50 | 24,82 | 24,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2446 | Morphini sulfas | Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990405015 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego | 18,50 | 24,82 | 24,82 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2447 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 12,42 | 17,03 | 15,14 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia | | ryczałt | 5,09 |
| 2448 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 12,42 | 17,03 | 15,14 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 2449 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 119,88 | 140,59 | 140,59 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 2450 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 119,88 | 140,59 | 140,59 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2451 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 237,02 | 267,60 | 267,60 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia | | ryczałt | 12,80 |
| 2452 | 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 - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 237,02 | 267,60 | 267,60 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2453 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990476336 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 35,55 | 45,42 | 45,42 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2454 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990476336 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 35,55 | 45,42 | 45,42 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2455 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990476435 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 71,11 | 86,63 | 86,63 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,84 |
| 2456 | Morphini sulfas | MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909990476435 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 71,11 | 86,63 | 86,63 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2457 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990336425 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2458 | Morphini sulfas | Sevredol, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990336425 | 2022-01-01 | 3 lata | 149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu | 56,16 | 69,37 | 69,37 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2459 | Mycophenolas mofetil | CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml | 110 g (175 ml) | 05909990980918 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 209,24 | 232,84 | 108,46 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego | ryczałt | 127,58 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|----------------------|--------------------------------|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 2460 | Mycophenolas mofetil | CellCept, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990707614 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 107,68 | 124,20 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 49,93 |
| 2461 | Mycophenolas mofetil | CellCept, tabl., 500 mg | 50 szt. | 05909990707515 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 107,68 | 124,20 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 49,93 |
| 2462 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990754472 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 63,18 | 77,47 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 3,20 |
| 2463 | Mycophenolas mofetil | Mycofit, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990750993 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 63,18 | 77,47 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|----------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 2464 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990074563 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 62,64 | 76,90 | 76,90 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 3,20 |
| 2465 | Mycophenolas mofetil | Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. (blister) | 05909990715268 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 70,20 | 84,84 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 10,57 |
| 2466 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, kaps. twarde, 250 mg | 100 szt. | 05909990638185 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 66,80 | 81,27 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 7,00 |
| 2467 | Mycophenolas mofetil | Myfenax, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990638208 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne | 66,80 | 81,27 | 77,47 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty 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 | ryczałt | 7,00 |
| 2468 | 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 postaci farmaceutyczne | 12,15 | 14,16 | 4,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,75 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2469 | Nabumetonum | Nabuton VP, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990962426 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1. Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 35,64 | 41,03 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 33,79 |
| 2470 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0. Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 47,97 | 58,04 | 42,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 - 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 | 19,10 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2471 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 64,39 | 76,71 | 56,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orcieze 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 - 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 | 23,72 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2472 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 103,47 | 120,03 | 84,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orciezcie 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 38,95 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2473 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 128,00 | 147,50 | 112,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 38,33 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2474 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 160,54 | 182,82 | 140,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orciezie 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 - 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 | 45,91 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2475 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 183,88 | 208,46 | 168,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orcieze 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 - 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 | 44,17 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2476 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 263,00 | 293,25 | 224,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orcieze 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 - 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 | 74,19 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-----------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2477 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 307,17 | 340,78 | 280,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 orciezcie 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 - 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 | 66,96 |
| 2478 | Naldemedinum | Rizmoic, tabl. powł., 200 µg | 28 szt. | 05060431940073 | 2021-01-01 | 2 lata | 253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych | 215,46 | 244,39 | 244,39 | Leczenie zapań 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 | |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2479 | Naproxenum | Anapran, tabl. powł., 275 mg | 60 szt. | 05909990948536 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 16,74 | 21,40 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,44 |
| 2480 | Naproxenum | Anapran, tabl. powł., 550 mg | 60 szt. | 05909990948543 | 2019-11-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 33,48 | 41,14 | 31,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,22 |
| 2481 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg | 60 szt. | 05909991054991 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,57 | 18,91 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,67 |
| 2482 | Naproxenum | Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg | 60 szt. | 05909991055066 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 29,42 | 36,56 | 28,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,09 |
| 2483 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909990661404 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,83 | 10,30 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,68 |
| 2484 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 250 mg | 90 szt. | 05909990661435 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 22,41 | 28,20 | 21,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,35 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2485 | Naproxenum | Apo-Napro, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990661442 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 15,69 | 20,08 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,84 |
| 2486 | Naproxenum | Napritum, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991292492 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 7,98 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,36 |
| 2487 | Naproxenum | Napritum, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991292720 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 10,85 | 15,00 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,76 |
| 2488 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991040529 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,78 | 10,24 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,62 |
| 2489 | Naproxenum | Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg | 50 szt. | 05909991040536 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 12,96 | 16,75 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,72 |
| 2490 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 15 szt. | 05909990644179 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,78 | 10,24 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,62 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2491 | Naproxenum | Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg | 30 tabl. | 05909990644186 | 2018-01-01 | 5 lat | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 14,58 | 18,92 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,68 |
| 2492 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg | 30 szt. | 05909991390099 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 5,78 | 8,15 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,53 |
| 2493 | Naproxenum | Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909991390143 | 2020-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,56 | 15,75 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,51 |
| 2494 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 250 mg | 10 szt. | 05909990914319 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 8,64 | 11,45 | 8,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 7,20 |
| 2495 | Naproxenum | Naproxen Hasco, czopki, 500 mg | 10 szt. | 05909990914418 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego | 12,96 | 17,61 | 17,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,11 |
| 2496 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990860692 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,94 | 10,42 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,80 |
| 2497 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 20 szt. | 05909990466818 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 11,45 | 14,63 | 9,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,81 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2498 | Naproxenum | Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist. po 10 szt.) | 05909990860685 | 2019-09-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 15,01 | 19,37 | 14,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,13 |
| 2499 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powł., 275 mg | 20 szt. | 05909990615438 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 7,54 | 9,47 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,82 |
| 2500 | Naproxenum natricum | Anapran, tabl. powł., 550 mg | 20 szt. | 05909990624515 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 15,01 | 18,59 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,28 |
| 2501 | 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 | 5,39 | 7,21 | 5,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 4,56 |
| 2502 | 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 | 10,78 | 14,15 | 10,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,84 |
| 2503 | 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 | 16,17 | 20,80 | 15,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,84 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---------------------|---|----------|----------------|--|--|---|-------|-------|-------|---|---|---------------------|-------|
| 2504 | Naproxenum natricum | Nalgessin 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 | 32,34 | 39,95 | 31,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,03 |
| 2505 | Natrii risedronas | Risendros 35, tabl. powł., 35 mg | 4 szt. | 05909990082599 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy | 10,72 | 14,39 | 11,90 | Osteoporoza | osteoporoza posterydowa - profilaktyka | 30% | 6,06 |
| 2506 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. | 05909990042371 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 32,40 | 41,81 | 41,81 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2507 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 100 szt. | 05909990042371 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 32,40 | 41,81 | 41,81 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2508 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990042364 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 56,16 | 69,35 | 69,35 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,56 |
| 2509 | Natrii valproas | Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990042364 | 2022-01-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 56,16 | 69,35 | 69,35 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2510 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 25,49 | 33,67 | 33,67 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2511 | Natrii valproas | Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 50 szt. | 05909990930166 | 2021-07-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 25,49 | 33,67 | 33,67 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2512 | Natrii valproas | Convulex, syrop, 50 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990023912 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 8,38 | 10,26 | 4,45 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 9,01 |
| 2513 | Natrii valproas | Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml | 150 ml | 05909990307418 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu | 12,84 | 15,87 | 7,69 | Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 11,38 |
| 2514 | Natrii valproas | ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909990619658 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 9,40 | 13,49 | 13,49 | <1>Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2515 | Natrii valproas | ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909990619658 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 9,40 | 13,49 | 13,49 | <2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2516 | Natrii valproas | ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990619672 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,76 | 21,76 | <1>Padaczka | neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | ryczałt | 3,20 |
| 2517 | Natrii valproas | ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990619672 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu | 15,93 | 21,76 | 21,76 | <2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2518 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909991369569 | 2019-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 24,84 | 33,20 | 33,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,67 |
| 2519 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991369552 | 2019-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 7,78 | 11,25 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,35 |
| 2520 | Nebivololum | Daneb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990750290 | 2022-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,23 | 13,83 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,93 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2521 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990662425 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,79 | 12,50 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,81 |
| 2522 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990662456 | 2021-01-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 17,28 | 23,33 | 23,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,40 |
| 2523 | Nebivololum | Ivineb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990805495 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,16 | 11,67 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,77 |
| 2524 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991390358 | 2022-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,07 | 21,82 | 21,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,97 |
| 2525 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991390372 | 2022-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 32,15 | 41,43 | 41,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,95 |
| 2526 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990685189 | 2021-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,37 | 16,08 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,18 |
| 2527 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909990685202 | 2021-07-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 18,36 | 24,23 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,01 |
| 2528 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689774 | 2022-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 13,15 | 16,90 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,00 |
| 2529 | Nebivololum | Nebilet, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990670185 | 2021-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,44 | 16,15 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,25 |
| 2530 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990648719 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,10 | 15,80 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,90 |
| 2531 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 | 2022-05-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,69 | 14,31 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,41 |
| 2532 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653300 | 2020-03-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,61 | 13,18 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,28 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2533 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05907626703597 | 2021-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 16,42 | 22,19 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,97 |
| 2534 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991357047 | 2019-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,23 | 11,73 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,83 |
| 2535 | Nebivololum | Nebivolol Krka, tabl., 5 mg | 30 szt. | 03838989716172 | 2020-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 8,69 | 12,39 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,70 |
| 2536 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641000 | 2021-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 30,78 | 39,44 | 39,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,67 |
| 2537 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990640997 | 2021-09-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 9,18 | 12,91 | 11,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,22 |
| 2538 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 | 2019-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 14,15 | 17,95 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,05 |
| 2539 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 15 szt. | 05909990411320 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 6,48 | 7,85 | 3,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,04 |
| 2540 | Nimesulidum | Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz. po 2 g | 05909990411436 | 2021-07-01 | 3 lata | 141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,74 | 17,53 | 17,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,82 |
| 2541 | Nimesulidum | Aulin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990411337 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne | 12,94 | 15,67 | 7,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,05 |
| 2542 | Nimesulidum | Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg | 30 sasz.po 2 g | 05909991040338 | 2022-01-01 | 3 lata | 141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 12,64 | 17,42 | 17,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,71 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|---|--|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2543 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694778 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 3,83 | 5,05 | 3,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 4,65 |
| 2544 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694785 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,67 | 10,10 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 6,10 |
| 2545 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990694761 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 5,62 | 7,95 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 3,95 |
| 2546 | Nitrendipinum | Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990694754 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 11,32 | 15,45 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 7,45 |
| 2547 | 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 | 18,14 | 22,91 | 15,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,96 |
| 2548 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416461 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 560,76 | 616,03 | 605,66 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 13,57 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2549 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416485 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1121,53 | 1219,55 | 1211,31 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,44 |
| 2550 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416508 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1682,28 | 1816,97 | 1816,97 | Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,57 |
| 2551 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 43,20 | 52,28 | 30,28 | Akromegalia | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 25,20 |
| 2552 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 32,40 | 38,46 | 15,14 | Akromegalia | <1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 26,52 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2553 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 560,76 | 616,03 | 605,66 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 13,57 |
| 2554 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1121,53 | 1219,55 | 1211,31 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,44 |
| 2555 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd | 1682,28 | 1816,97 | 1816,97 | <1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL | ryczałt | 4,57 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2556 | Ofloxacinum | Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg | 10 szt. | 05909990111213 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 12,94 | 16,56 | 11,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,97 |
| 2557 | Ofloxacinum | Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg | 10 szt. | 05909990111213 | 2022-01-01 | 3 lata | 105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego | 12,94 | 16,56 | 11,19 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 5,37 |
| 2558 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991369781 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,16 | 71,58 | 71,58 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2559 | Olanzapina | Olanzin, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991369743 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,65 | 37,64 | 37,64 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2560 | Olanzapinum | Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990806799 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,16 | 71,15 | 71,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2561 | Olanzapinum | Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990806843 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 83,70 | 102,15 | 102,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2562 | Olanzapinum | Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990806881 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,24 | 132,98 | 132,98 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2563 | Olanzapinum | Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990806751 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,08 | 37,74 | 37,74 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2564 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991461294 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 72,58 | 88,38 | 88,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2565 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990824106 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 91,56 | 91,56 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2566 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909991461300 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 145,15 | 168,59 | 168,59 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2567 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909990827343 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,90 | 173,58 | 173,58 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2568 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990824076 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,80 | 47,95 | 46,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,71 |
| 2569 | Olanzapinum | Egolanza, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991095666 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,95 | 90,88 | 90,88 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2570 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990697649 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,29 | 78,63 | 78,63 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2571 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909991136475 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,29 | 78,63 | 78,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2572 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909991136499 | 2020-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 86,18 | 104,75 | 104,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2573 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909991136512 | 2020-09-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 114,91 | 136,84 | 136,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2574 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990697526 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,64 | 41,48 | 41,48 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2575 | Olanzapinum | Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909991136451 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,64 | 41,48 | 41,48 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2576 | Olanzapinum | Olanzapina Stada, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990896745 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,22 | 80,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2577 | Olanzapinum | Olanzapina Stada, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990896738 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,40 | 42,28 | 42,28 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2578 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140074 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,44 | 89,72 | 89,72 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2579 | Olanzapinum | Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140067 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,72 | 47,17 | 47,17 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2580 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990793365 | <1>2022-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,92 | 91,89 | 91,89 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2581 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990793389 | <1>2022-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,92 | 91,89 | 91,89 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2582 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 98 szt. | 05909991230616 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 260,28 | 292,51 | 292,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2583 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg | 98 szt. | 05909991230593 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 271,62 | 304,42 | 304,42 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |
| 2584 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990793402 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 148,75 | 172,37 | 172,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2585 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990793341 | <1>2022-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,27 | 46,34 | 46,34 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2586 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 98 szt. | 05909991230609 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 130,14 | 151,87 | 151,87 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2587 | Olanzapinum | Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg | 98 szt. | 05909991230586 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 135,00 | 156,97 | 156,97 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,23 |
| 2588 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990865956 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,93 | 55,16 | 55,16 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2589 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990866021 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 61,40 | 78,73 | 78,73 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2590 | Olanzapinum | Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990865901 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 20,47 | 29,75 | 29,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2591 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990763467 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,62 | 94,74 | 92,89 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,05 |
| 2592 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990763481 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 117,94 | 138,10 | 138,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2593 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990763498 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,25 | 181,29 | 181,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2594 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990763443 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,31 | 49,54 | 46,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,30 |
| 2595 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05901878600451 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 60,43 | 75,63 | 75,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2596 | Olanzapinum | Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg | 98 szt. | 05902020926870 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 200,88 | 230,14 | 230,14 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 10,45 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2597 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990766901 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 57,46 | 72,51 | 72,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2598 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990767052 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 57,46 | 72,51 | 72,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2599 | Olanzapinum | Olanzaran, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990766895 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 28,73 | 38,44 | 38,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2600 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990637218 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 72,71 | 88,53 | 88,53 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2601 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990637126 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 34,21 | 44,18 | 44,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2602 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990782246 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,53 | 82,05 | 82,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2603 | Olanzapinum | Olazax, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990782239 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,26 | 43,18 | 43,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2604 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990782260 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,53 | 82,05 | 82,05 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2605 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 tabl. | 05909991094539 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 99,79 | 119,04 | 119,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2606 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990925186 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 133,06 | 155,89 | 155,89 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2607 | Olanzapinum | Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990782253 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,26 | 43,18 | 43,18 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2608 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990781805 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 69,12 | 84,76 | 84,76 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2609 | Olanzapinum | Olpinat, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990781782 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 33,48 | 43,41 | 43,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2610 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 112 szt. | 05909991231910 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 309,66 | 345,32 | 345,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 11,95 |
| 2611 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 120 szt. | 05909991144265 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 296,14 | 331,68 | 331,68 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 12,80 |
| 2612 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990335367 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,78 | 93,85 | 92,89 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,16 |
| 2613 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990422241 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 83,92 | 100,73 | 99,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,41 |
| 2614 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909990335374 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,03 | 181,06 | 181,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2615 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909990422258 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 167,83 | 192,83 | 192,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,40 |
| 2616 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909991066000 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 251,75 | 283,01 | 283,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2617 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 112 szt. | 05909991231927 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 154,83 | 178,75 | 178,75 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2618 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 120 szt. | 05909991144258 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 148,07 | 172,08 | 172,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,40 |
| 2619 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990335343 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,89 | 49,09 | 46,44 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,85 |
| 2620 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990422265 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,96 | 52,67 | 49,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,11 |
| 2621 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909990335350 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,52 | 94,63 | 92,89 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,94 |
| 2622 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909990422272 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 83,92 | 100,73 | 99,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,41 |
| 2623 | Olanzapinum | Olzapin, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991065942 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 125,87 | 146,83 | 146,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,80 |
| 2624 | Olanzapinum | Ranofren, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990640287 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 81,35 | 97,60 | 92,89 | Schizofrenia | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,91 |
| 2625 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05903792743061 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 49,03 | 63,66 | 63,66 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2626 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05901878600123 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 64,80 | 80,22 | 80,22 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2627 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990069866 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,74 | 89,61 | 89,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2628 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991081911 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,74 | 89,61 | 89,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2629 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 70 szt. | 05909990069897 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 192,77 | 219,71 | 219,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2630 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 10 mg | 70 szt. | 05909990069361 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 192,77 | 219,71 | 219,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,47 |
| 2631 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990069958 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 110,62 | 130,41 | 130,41 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2632 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 70 szt. | 05909990069989 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 289,16 | 323,32 | 323,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,20 |
| 2633 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990070008 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 147,50 | 171,06 | 171,06 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2634 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 70 szt. | 05909990070046 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 385,55 | 426,93 | 426,93 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,93 |
| 2635 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05901878600826 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,49 | 33,97 | 33,97 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2636 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05903792743078 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 24,52 | 34,01 | 34,01 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2637 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990069705 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,87 | 46,97 | 46,44 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2638 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991081812 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,87 | 46,97 | 46,44 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2639 | Olanzapinum | Zalasta, tabl., 5 mg | 70 szt. | 05909990069293 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 96,39 | 114,51 | 114,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2640 | Olanzapinum | Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 70 szt. | 05909990069750 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 96,39 | 114,51 | 114,51 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,73 |
| 2641 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 10 mg | 120 szt. | 05906414000610 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 337,48 | 375,08 | 375,08 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 12,80 |
| 2642 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990917013 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 87,16 | 104,13 | 99,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,81 |
| 2643 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 10 mg | 30 szt. | 05909991064716 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 87,16 | 104,13 | 99,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,81 |
| 2644 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909991191184 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 261,47 | 293,21 | 293,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |
| 2645 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 05906414002737 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 118,00 | 138,57 | 138,57 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2646 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 15 mg | 90 szt. | 05906414002744 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 354,00 | 393,46 | 393,46 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2647 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05906414002751 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,33 | 181,81 | 181,81 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2648 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05906414002768 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 472,00 | 520,44 | 520,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 19,20 |
| 2649 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 5 mg | 120 szt. | 05906414000603 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 168,74 | 193,79 | 193,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 6,40 |
| 2650 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909991064518 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,99 | 50,60 | 49,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,04 |
| 2651 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990916917 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 43,58 | 54,37 | 49,76 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,81 |
| 2652 | Olanzapinum | Zolafren, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991191177 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 130,73 | 151,94 | 149,28 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,46 |
| 2653 | Olanzapinum | Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg | 30 szt. | 05909991064617 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 59,99 | 73,66 | 73,66 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2654 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 112 szt. | 05906414000696 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 314,98 | 350,91 | 350,91 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 11,95 |
| 2655 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990775682 | <1>2022-01-01-<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,73 | 96,95 | 92,89 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,26 |
| 2656 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 84 szt. | 05906414000665 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 237,57 | 267,71 | 267,71 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 8,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2657 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 112 szt. | 05906414000702 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 472,47 | 520,11 | 520,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,92 |
| 2658 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990775712 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 121,10 | 141,42 | 139,33 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,57 |
| 2659 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 84 szt. | 05906414000672 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 356,36 | 395,32 | 395,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 13,44 |
| 2660 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 112 szt. | 05906414000719 | 2022-07-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 629,96 | 689,32 | 689,32 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 23,89 |
| 2661 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990775729 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 161,47 | 185,72 | 185,72 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2662 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 84 szt. | 05906414000689 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 475,14 | 522,92 | 522,92 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 17,92 |
| 2663 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 112 szt. | 05906414000658 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,49 | 181,54 | 181,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2664 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990775675 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,36 | 50,64 | 46,44 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 7,40 |
| 2665 | Olanzapinum | Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 84 szt. | 05906414000641 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 118,78 | 138,98 | 138,98 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,48 |
| 2666 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991097011 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 79,02 | 95,58 | 95,58 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2667 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05903060609709 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 247,85 | 278,91 | 278,91 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 9,60 |
| 2668 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 05909990849581 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 127,33 | 148,37 | 148,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2669 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 15 mg | 90 szt. | 05903060609716 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 374,71 | 415,21 | 415,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 14,40 |
| 2670 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990849635 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 174,96 | 200,32 | 199,04 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,68 |
| 2671 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05903060609723 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 503,50 | 553,52 | 553,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 19,20 |
| 2672 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991096816 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,19 | 49,76 | 49,76 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2673 | Olanzapinum | Zolaxa, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05903060609693 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 121,19 | 141,92 | 141,92 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,80 |
| 2674 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990892129 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,72 | 93,78 | 92,89 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 4,09 |
| 2675 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 05909990892143 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 157,25 | 181,29 | 181,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2676 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990892150 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 119,75 | 140,00 | 139,33 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|---|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2677 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 05909990892174 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 240,41 | 270,69 | 270,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,96 |
| 2678 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990892303 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 161,48 | 185,73 | 185,73 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2679 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 05909990892341 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 322,96 | 359,29 | 359,29 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,95 |
| 2680 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990892082 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,89 | 46,99 | 46,44 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,75 |
| 2681 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 05909990892105 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 76,81 | 92,83 | 92,83 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2682 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990914647 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 62,91 | 78,24 | 78,24 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2683 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 05909990914654 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,68 | 123,12 | 123,12 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,48 |
| 2684 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. | 05909990914661 | 2021-03-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 120,96 | 143,19 | 143,19 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2685 | Olanzapinum | Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990914630 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 40,92 | 40,92 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2686 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686803 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu | 546,48 | 600,74 | 600,74 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2687 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686827 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 785,78 | 858,20 | 858,20 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 2688 | Olanzapinum | ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły | 05909990686834 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.4, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 1060,84 | 1154,23 | 1154,23 | Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 4,32 |
| 2689 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 | 2021-03-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 153,09 | 177,10 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 55,63 |
| 2690 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | wkład uzupełniający 30 dawek | 05909991432034 | 2022-05-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 147,53 | 171,28 | 171,28 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 51,38 |
| 2691 | Omeprazolom | Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990068425 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,56 | 11,33 | 11,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,67 |
| 2692 | Omeprazolom | Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990880225 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,10 | 19,26 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,63 |
| 2693 | Omeprazolom | Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991140779 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 19,73 | 26,08 | 26,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 13,04 |
| 2694 | Omeprazolom | Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg | 56 szt. | 05909991140809 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 30,46 | 40,25 | 40,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 20,13 |
| 2695 | Omeprazolom | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420537 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,88 | 15,86 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2696 | Omeprazolom | Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg | 56 szt. | 05909990420544 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 23,76 | 30,30 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 17,04 |
| 2697 | Omeprazolom | Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. (4 blist. po 7 szt.) | 05909990077663 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,26 | 12,06 | 12,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,03 |
| 2698 | Omeprazolom | Helicid 20, kaps., 20 mg | 14 szt. (but. 20 ml) | 05909990420612 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,50 | 8,75 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,44 |
| 2699 | Omeprazolom | Helicid 20, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990420629 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 13,00 | 17,04 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,41 |
| 2700 | Omeprazolom | Helicid 20, kaps., 20 mg | 90 szt. | 05909990422654 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 35,96 | 44,90 | 42,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 23,59 |
| 2701 | Omeprazolom | Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990921324 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 21,06 | 27,46 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 14,20 |
| 2702 | Omeprazolom | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991274467 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,37 | 9,03 | 9,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,52 |
| 2703 | Omeprazolom | Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991274511 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,74 | 16,63 | 16,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,32 |
| 2704 | Omeprazolom | Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990920747 | 2019-09-01 | 3 lata | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,48 | 10,19 | 10,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 5,10 |
| 2705 | Omeprazolom | Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990668779 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,46 | 10,17 | 10,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,09 |
| 2706 | Omeprazolom | Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991271442 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,70 | 18,69 | 18,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,35 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2707 | Omeprazol | Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990772667 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 16,20 | 20,40 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 13,77 |
| 2708 | Omeprazol | Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909990077731 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 24,82 | 31,41 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 18,15 |
| 2709 | Omeprazol | Prazol, kaps., 20 mg | 28 szt. | 05909990772933 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,56 | 18,68 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,05 |
| 2710 | Omeprazol | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909991272753 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,18 | 8,83 | 8,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,42 |
| 2711 | Omeprazol | Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg | 28 szt. | 05909991272739 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,64 | 14,42 | 14,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,21 |
| 2712 | Omeprazol | Progestim, kaps. dojel., 20 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990635450 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 10,21 | 14,11 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,48 |
| 2713 | Omeprazol | Uitop, kaps. dojel. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990796298 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,79 | 15,77 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 9,14 |
| 2714 | Omeprazol | Uitop, kaps. dojel., 20 mg | 56 tabl. | 05909990796359 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,68 | 29,16 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 15,90 |
| 2715 | Omeprazol | Uitop, kaps. dojel., 40 mg | 28 tabl. | 05909990796533 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 22,68 | 29,16 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 15,90 |
| 2716 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powł., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego | 34,45 | 44,10 | 44,10 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|----------------|--|---------|----------------|------------|--------|---|-------|-------|-------|--------------------|----|---------|-------|
| 2717 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg | 10 szt. | 05909990777044 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 12,73 | 18,49 | 18,49 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2718 | Ondansetronum | Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg | 10 szt. | 05909990777150 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 15,98 | 24,71 | 24,71 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2719 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powł., 8 mg | 10 szt. | 05909991394264 | 2020-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 29,92 | 39,35 | 39,35 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2720 | 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 | 34,45 | 44,10 | 44,10 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 2721 | 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 | 28,08 | 34,60 | 22,05 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 15,75 |
| 2722 | 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 | 47,52 | 57,83 | 44,10 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 16,93 |
| 2723 | Ondansetronum | Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg | 10 szt. | 05909990888016 | 2022-01-01 | 3 lata | 7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego | 45,90 | 56,13 | 44,10 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 15,23 |
| 2724 | Oxcarbazezinum | Karbagen, tabl. powł., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazezyna - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 23,95 | 23,95 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2725 | Oxcarbazezinum | Karbagen, tabl. powł., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazezyna - stałe postacie farmaceutyczne | 35,64 | 45,53 | 45,53 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2726 | Oxcarbazezinum | Karbagen, tabl. powł., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazezyna - stałe postacie farmaceutyczne | 71,28 | 86,82 | 86,82 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2727 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 150 mg | 50 tabl. | 05909991303518 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 17,71 | 23,84 | 23,84 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2728 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg | 50 tabl. | 05909991300661 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 35,42 | 45,31 | 45,31 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2729 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 600 mg | 50 tabl. | 05909991300739 | 2020-09-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 70,85 | 86,37 | 86,37 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2730 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 | 2019-11-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 38,63 | 48,67 | 47,90 | Padaczka | | ryczałt | 3,97 |
| 2731 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 | 2019-11-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 81,00 | 97,03 | 95,80 | Padaczka | | ryczałt | 4,43 |
| 2732 | 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 | 38,63 | 48,67 | 47,90 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,97 |
| 2733 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 | 2022-01-01 | 3 lata | 160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - płynne postacie farmaceutyczne | 67,80 | 82,81 | 82,81 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 2734 | 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 | 76,90 | 92,73 | 92,73 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 2735 | Oxybutynini hydrochloridum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991290887 | 2020-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 7,75 | 11,21 | 11,03 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 3,49 |
| 2736 | Oxybutynini hydrochloridum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 | 2022-01-01 | 3 lata | 75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina | 16,31 | 22,06 | 22,06 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 6,62 |
| 2737 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 72,28 | 63,29 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia | | ryczałt | 12,19 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 2738 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 72,28 | 63,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,19 |
| 2739 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 138,65 | 126,58 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 15,27 |
| 2740 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 138,65 | 126,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,27 |
| 2741 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 267,39 | 253,17 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 19,91 |
| 2742 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 267,39 | 253,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,91 |
| 2743 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 522,29 | 506,33 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 27,34 |
| 2744 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 | 2021-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 522,29 | 506,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 27,34 |
| 2745 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990643943 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 34,99 | 44,11 | 37,98 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 9,33 |
| 2746 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990643943 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 34,99 | 44,11 | 37,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,33 |
| 2747 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990644001 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 84,48 | 75,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 11,73 |
| 2748 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990644001 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 84,48 | 75,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,73 |
| 2749 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990644025 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 139,97 | 161,97 | 151,90 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 13,48 |
| 2750 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990644025 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 139,97 | 161,97 | 151,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2751 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990643905 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,82 | 23,46 | 18,99 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 7,67 |
| 2752 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990643905 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,82 | 23,46 | 18,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,67 |
| 2753 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 279,94 | 312,94 | 303,80 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 15,97 |
| 2754 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 | 2022-01-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 279,94 | 312,94 | 303,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,97 |
| 2755 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 30,93 | 39,85 | 37,98 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 5,07 |
| 2756 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 30,93 | 39,85 | 37,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,07 |
| 2757 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 61,86 | 75,95 | 75,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2758 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 61,86 | 75,95 | 75,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2759 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 123,72 | 144,91 | 144,91 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 3,41 |
| 2760 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 123,72 | 144,91 | 144,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2761 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 15,47 | 20,99 | 18,99 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 5,20 |
| 2762 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 15,47 | 20,99 | 18,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2763 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 247,45 | 278,82 | 278,82 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2764 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 | 2021-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 247,45 | 278,82 | 278,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2765 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05908289660425 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 73,43 | 89,31 | 89,31 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2766 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05908289660432 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 154,68 | 178,62 | 178,62 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2767 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05908289660449 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 320,98 | 357,23 | 357,23 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2768 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05908289660418 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 36,70 | 46,83 | 46,83 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2769 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991381677 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 32,72 | 42,63 | 42,63 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2770 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 szt. | 05909991381783 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 65,45 | 80,93 | 80,93 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2771 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 szt. | 05909991381899 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 130,90 | 153,66 | 153,66 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2772 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 30 szt. | 05909991381561 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 18,47 | 24,74 | 23,42 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 1,32 |
| 2773 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 30 tabl. | 05909991327958 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 39,85 | 50,12 | 46,83 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 3,29 |
| 2774 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 tabl. | 05909991327989 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,70 | 95,90 | 93,66 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe | | bezpłatny do limitu | 2,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2775 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 30 tabl. | 05909991328184 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 79,70 | 95,90 | 93,66 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 2,24 |
| 2776 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 tabl. | 05909991328214 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 159,41 | 183,59 | 183,59 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2777 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 30 tabl. | 05909991328405 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 159,41 | 183,59 | 183,59 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2778 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 tabl. | 05909991328436 | 2019-09-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 318,82 | 354,97 | 354,97 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2779 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg | 60 szt. | 05909990741366 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 82,08 | 98,39 | 93,66 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 4,73 |
| 2780 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg | 60 szt. | 05909990741472 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 146,88 | 170,43 | 170,43 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2781 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg | 60 szt. | 05909990741595 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 293,76 | 328,66 | 328,66 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2782 | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum | Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg | 60 szt. | 05909990741878 | 2022-05-01 | 3 lata | 150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach | 36,72 | 46,84 | 46,83 | Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoidowe | | bezpłatny do limitu | 0,01 |
| 2783 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 38,54 | 37,98 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia | | ryczałt | 3,76 |
| 2784 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 38,54 | 37,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,76 |
| 2785 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 77,61 | 75,95 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia | | ryczałt | 4,86 |
| 2786 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 77,61 | 75,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,86 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 2787 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 156,20 | 151,90 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 7,71 |
| 2788 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 156,20 | 151,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,71 |
| 2789 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 22,66 | 18,99 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 6,87 |
| 2790 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 22,66 | 18,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,87 |
| 2791 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 313,38 | 303,80 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia | | ryczałt | 16,41 |
| 2792 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 313,38 | 303,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 16,41 |
| 2793 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg | 1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły | 05909991281465 | 2022-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 3363,88 | 3603,66 | 3603,66 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2794 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg | 1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły | 05909991281472 | 2022-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 4485,65 | 4795,76 | 4795,76 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2795 | Paliperidonum | Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg | 1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły | 05909991281489 | 2022-01-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 6731,40 | 7182,47 | 7182,47 | Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2796 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861194 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 1262,21 | 1370,20 | 1370,20 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|-----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2797 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861200 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 1906,89 | 2055,30 | 2055,30 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2798 | Paliperidonum | Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 1 amp.-strz. + 2 igły | 05909990861187 | 2020-09-01 | 2 lata | 178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 943,40 | 1027,64 | 1027,64 | Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2799 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 | <1>2017-09-01/<2>2022-01-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 26,77 | 34,83 | 34,83 | <2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową | | 30% | 10,45 |
| 2800 | Pancreatinum | Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy | 60 szt. | 05909990723164 | <1>2017-09-01/<2>2022-01-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 13.0, Enzymy trzustkowe | 26,77 | 34,83 | 34,83 | <1>Mukowicydoza; Stan po resekcji trzustki | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2801 | Pantoprazolum | Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990621026 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,70 | 11,06 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 7,75 |
| 2802 | Pantoprazolum | Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990621040 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,09 | 19,23 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,60 |
| 2803 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powł., 20 mg | 112 szt. | 05909991246525 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 17,50 | 23,73 | 23,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 11,87 |
| 2804 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. | 05909991128814 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,46 | 4,59 | 3,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 2,94 |
| 2805 | Pantoprazolum | Contix, tabl. powł., 40 mg | 112 szt. | 05909991246532 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 34,99 | 45,01 | 45,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 22,51 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2806 | Pantoprazolum | Contix, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. | 05909991128418 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,77 | 9,03 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,72 |
| 2807 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990478767 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,61 | 4,75 | 3,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,10 |
| 2808 | Pantoprazolum | Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990478774 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,21 | 9,49 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,18 |
| 2809 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 05909990689842 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,50 | 8,75 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,44 |
| 2810 | Pantoprazolum | Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990689859 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,99 | 17,03 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,40 |
| 2811 | Pantoprazolum | Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991245399 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,77 | 6,93 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,62 |
| 2812 | Pantoprazolum | Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991245337 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,16 | 13,01 | 13,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,51 |
| 2813 | Pantoprazolum | IPP 20, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990085033 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,55 | 9,85 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,54 |
| 2814 | Pantoprazolum | IPP 40, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990082643 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,01 | 19,15 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,52 |
| 2815 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645640 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 5,78 | 7,99 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 4,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|-----------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2816 | Pantoprazolum | Noacid, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645732 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 11,56 | 15,53 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 8,90 |
| 2817 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg | 90 szt. | 05909990845521 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 15,28 | 20,63 | 20,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,32 |
| 2818 | Pantoprazolum | Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg | 90 szt. | 05909990845552 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 30,56 | 39,23 | 39,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 19,62 |
| 2819 | Pantoprazolum | Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990075041 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,84 | 16,87 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,24 |
| 2820 | Pantoprazolum | Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990075003 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,48 | 8,72 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,41 |
| 2821 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 28 szt. | 05909991448967 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,34 | 11,10 | 11,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,55 |
| 2822 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990075089 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,96 | 17,00 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,37 |
| 2823 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05909991448974 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,69 | 20,77 | 20,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,39 |
| 2824 | Pantoprazolum | Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg | 56 szt. | 05909990075126 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 25,68 | 32,31 | 26,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 19,05 |
| 2825 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990892761 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,32 | 6,46 | 6,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2826 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 20 mg | 56 tabl. | 05909991186371 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,49 | 13,35 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,72 |
| 2827 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990892853 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,64 | 12,46 | 12,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,23 |
| 2828 | Pantoprazolum | Ozzion, tabl. dojel., 40 mg | 56 tabl. | 05909991186418 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 19,00 | 25,30 | 25,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,65 |
| 2829 | Pantoprazolum | Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991046897 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 3,73 | 5,84 | 5,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 2,92 |
| 2830 | Pantoprazolum | Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991046941 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,47 | 12,28 | 12,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,14 |
| 2831 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990817184 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,80 | 6,96 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,65 |
| 2832 | Pantoprazolum | Panprazox, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990817320 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,61 | 13,48 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,85 |
| 2833 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990698974 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,64 | 6,79 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,48 |
| 2834 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 20 mg | 56 szt. | 05909990698981 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,07 | 12,90 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,45 |
| 2835 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990699209 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,40 | 13,26 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2836 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990793907 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,10 | 6,23 | 6,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,12 |
| 2837 | Pantoprazolum | Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990794188 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,21 | 12,01 | 12,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,01 |
| 2838 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909991139759 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 4,21 | 6,34 | 6,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,17 |
| 2839 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05907553017927 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,46 | 11,22 | 11,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,61 |
| 2840 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909991035631 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 8,42 | 12,24 | 12,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,12 |
| 2841 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg | 56 szt. | 05907553017934 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,93 | 21,03 | 21,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,52 |
| 2842 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990652334 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 7,44 | 9,73 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,42 |
| 2843 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg | 56 szt. | 05909991069681 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 9,58 | 13,44 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,81 |
| 2844 | Pantoprazolum | Panzol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990652372 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 14,88 | 19,01 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 12,38 |
| 2845 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 05909990730100 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 6,43 | 8,67 | 6,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 5,36 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2846 | Pantoprazolum | Ranloc, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 05909990730179 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie | 12,85 | 16,88 | 13,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 10,25 |
| 2847 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990047109 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 12,96 | 17,00 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,88 |
| 2848 | 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 | 14,26 | 18,36 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,24 |
| 2849 | 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 | 28,51 | 35,30 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,06 |
| 2850 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 30 tabl. | 05909991323615 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 8,96 | 12,80 | 12,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,84 |
| 2851 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 60 tabl. | 05909991323646 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 17,93 | 24,20 | 24,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,26 |
| 2852 | Paroxetinum | Paroxetine Vitama, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990655724 | 2019-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 8,32 | 12,13 | 12,13 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,64 |
| 2853 | Paroxetinum | Paroxinor, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990798346 | 2022-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 9,18 | 13,03 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,91 |
| 2854 | Paroxetinum | Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990010189 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 14,58 | 18,70 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,58 |
| 2855 | Paroxetinum | Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990010202 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 29,16 | 35,98 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,74 |
| 2856 | Paroxetinum | Rexetin, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991006310 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 14,47 | 18,57 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,45 |
| 2857 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990570515 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 11,61 | 15,58 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,46 |
| 2858 | Penicillaminum | Cuprenil, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 05909990126217 | 2020-03-01 | 3 lata | 239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina | 47,63 | 59,51 | 59,51 | Choroba Wilsona | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2859 | Perazinum | Perazin 100 mg, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990858514 | 2022-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 7,45 | 10,61 | 10,61 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2860 | Perazinum | Perazin 200mg, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991033453 | 2018-03-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 14,90 | 20,20 | 20,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2861 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990858415 | 2022-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 2,16 | 2,78 | 1,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,00 |
| 2862 | Perazinum | Perazin 25 mg, tabl., 25 mg | 50 tabl. | 05909990914838 | 2018-01-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,02 | 4,45 | 4,45 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2863 | Perazinum | Perazin 50mg, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991033422 | 2018-03-01 | 5 lat | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,62 | 5,32 | 5,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2864 | Perazinum | Pemazinum, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990199518 | 2022-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 7,55 | 10,72 | 10,68 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,04 |
| 2865 | Perazinum | Pemazinum, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990202614 | 2022-01-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 2,21 | 2,83 | 1,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 1,05 |
| 2866 | Perazinum | Pemazinum, tabl., 25 mg | 60 szt. | 05906745439141 | 2020-11-01 | 3 lata | 176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna | 3,67 | 5,36 | 5,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,02 |
| 2867 | Perindoprilil tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991137571 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 28,92 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,77 |
| 2868 | Perindoprilil tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909991137526 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,73 | 28,92 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,77 |
| 2869 | Perindoprilil tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991137472 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 17,39 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,31 |
| 2870 | Perindoprilil tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909991137212 | 2019-11-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,01 | 17,39 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,31 |
| 2871 | Perindoprilil tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909991316600 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 25,63 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2872 | Perindopril 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 | 6,75 | 7,90 | 2,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,90 |
| 2873 | Perindopril tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909991050344 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 15,81 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,73 |
| 2874 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,64 | 12,80 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,72 |
| 2875 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 90 tabl. | 05909990908189 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,53 | 41,26 | 15,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 35,03 |
| 2876 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 90 tabl. | 05909990908158 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,53 | 41,26 | 15,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 35,03 |
| 2877 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 90 tabl. | 05909990908264 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 70,96 | 80,68 | 31,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 68,23 |
| 2878 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 tabl. | 05909990908233 | 2018-01-01 | 5 lat | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 70,96 | 80,68 | 31,65 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 68,23 |
| 2879 | 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 | 30,20 | 34,66 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 30,51 |
| 2880 | 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 | 19,15 | 21,74 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,66 |
| 2881 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909990669400 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,78 | 31,07 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 26,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------------------------|--|----------------------|--|--|---|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2882 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990669332 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,78 | 31,07 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 26,92 |
| 2883 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909990669387 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,55 | 20,05 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,97 |
| 2884 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909990669301 | 2021-03-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,55 | 20,05 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,97 |
| 2885 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990707782 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 40,33 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 36,18 |
| 2886 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055029 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,46 | 26,26 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,18 |
| 2887 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990715206 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 40,33 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 36,18 |
| 2888 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055678 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,46 | 26,26 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,18 |
| 2889 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 | 2020-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 4,27 | 6,27 | 6,27 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2890 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990812615 | 2022-01-01 | 3 lata | 155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego | 4,32 | 6,33 | 6,27 | Padaczka | | ryczałt | 3,26 |
| 2891 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m. | 30 tabl. | 05909990071029 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 21,38 | 28,23 | 28,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2892 | Phenoxymethylpenicillinum | Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml | 150 ml | 05909990363223 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne | 25,65 | 33,48 | 33,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2893 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m. | 12 szt. | 05909990070916 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 5,79 | 8,33 | 7,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,96 |
| 2894 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m. | 30 szt. | 05909990070923 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 14,53 | 19,81 | 19,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 3,20 |
| 2895 | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m. | 12 szt. | 05909990071012 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne | 8,69 | 12,24 | 11,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka | ryczałt | 4,08 |
| 2896 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990093519 | 2022-01-01 | 3 lata | 156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Padaczka | | ryczałt | 3,20 |
| 2897 | Phytomenadionum (vit. K1) | Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg | 30 szt. | 05909990772810 | 2022-01-01 | 3 lata | 25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion | 32,24 | 41,43 | 41,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2898 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 | 2022-01-01 | 3 lata | 211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina | 8,86 | 12,59 | 12,59 | Jaskra | | 30% | 3,78 |
| 2899 | 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 - agonści receptorów dopaminowych | 20,11 | 25,93 | 19,44 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 12,32 |
| 2900 | pojedyncze alergoidy pyłków roślin | Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml | 1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą | 05909990975310 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego | 213,92 | 242,74 | 242,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2901 | Posaconazolum | Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05055565754351 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 709,88 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 4,33 |
| 2902 | Posaconazolum | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 734,40 | 800,60 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 95,05 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2903 | Posaconazolum | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 709,88 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 4,33 |
| 2904 | Posaconazolum | Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 07613421033408 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 907,20 | 982,04 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 276,49 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2905 | Posaconazolium | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 646,92 | 708,75 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | ryczałt | 3,20 |
| 2906 | Posaconazolium | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol | 646,92 | 708,75 | 708,75 | Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych | <1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2907 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg | 21 szt. | 05909991238773 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 15,66 | 21,18 | 19,05 | Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”) | | 30% | 7,85 |
| 2908 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg | 30 szt. | 05909991238582 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 38,34 | 48,71 | 46,66 | Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”) | | 30% | 16,05 |
| 2909 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg | 30 szt. | 05909991238629 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 56,70 | 69,99 | 69,99 | Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”) | | 30% | 21,00 |
| 2910 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2,1 mg | 30 szt. | 05909991238667 | 2020-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 76,68 | 92,95 | 92,95 | Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”) | | 30% | 27,89 |
| 2911 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 9,61 | 12,72 | 8,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,14 |
| 2912 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon | 27,00 | 35,10 | 35,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,27 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2913 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,45 | 8,20 | 1,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 8,20 |
| 2914 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 | 2020-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 7,45 | 8,20 | 1,18 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 7,02 |
| 2915 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 16,20 | 20,34 | 11,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,70 |
| 2916 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 16,20 | 20,34 | 11,84 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 8,50 |
| 2917 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 21,60 | 27,95 | 23,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 8,54 |
| 2918 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 21,60 | 27,95 | 23,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,27 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2919 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 22,45 | 29,60 | 29,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,33 |
| 2920 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 | 2021-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 22,45 | 29,60 | 29,60 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2921 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13 | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 9,72 | 12,09 | 5,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,37 |
| 2922 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 | 2019-11-01 | 3 lata | 82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison | 9,72 | 12,09 | 5,92 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,17 |
| 2923 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 szt. | 05909990009350 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 18,77 | 25,37 | 25,37 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2924 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 szt. | 05901878600550 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 84,24 | 101,17 | 101,17 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2925 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05909990009367 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 84,37 | 101,31 | 101,31 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2926 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05903792743252 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 84,67 | 101,61 | 101,61 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2927 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 szt. | 05909990009282 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 10,80 | 14,95 | 12,73 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,42 |
| 2928 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 szt. | 05909990009299 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 40,18 | 50,90 | 50,90 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2929 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 szt. | 05901878600543 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 40,18 | 50,90 | 50,90 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2930 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05909991378295 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 90,72 | 108,28 | 108,28 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2931 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg | 60 szt. | 05909991378356 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 181,44 | 207,53 | 207,53 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 2932 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg | 60 szt. | 05909991378226 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 45,36 | 56,65 | 54,54 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,31 |
| 2933 | Pregabalinum | Preato, tabl., 100 mg | 56 szt. | 05909991400460 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 25,92 | 37,34 | 37,34 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2934 | Pregabalinum | Preato, tabl., 150 mg | 56 szt. | 05909991400477 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 31,32 | 45,61 | 45,61 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2935 | Pregabalinum | Preato, tabl., 200 mg | 56 szt. | 05909991400484 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 38,88 | 54,94 | 54,94 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,98 |
| 2936 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991421236 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 14,58 | 20,97 | 20,97 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-----------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2937 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991400453 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 20,52 | 30,27 | 30,27 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2938 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg | 70 szt. | 05907626705072 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 105,84 | 124,90 | 124,90 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,73 |
| 2939 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg | 70 szt. | 05907626704839 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina | 52,92 | 65,34 | 63,63 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | neuropatia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,91 |
| 2940 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 43,20 | 54,39 | 51,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 6,09 |
| 2941 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 86,40 | 103,75 | 103,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 7,13 |
| 2942 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 86,38 | 103,73 | 103,73 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 7,11 |
| 2943 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 21,60 | 28,58 | 25,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym | ryczałt | 5,85 |
| 2944 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 | 2020-11-01 | 3 lata | 65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo | 11,58 | 14,70 | 7,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,12 |
| 2945 | Propafenoni hydrochloridum | Polfenon, tabl. powł., 150 mg | 20 szt. | 05909990034123 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon | 5,61 | 8,16 | 8,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 2946 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg | 50 szt. | 05909991033590 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 3,80 | 5,58 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńki wczesniomowlące u dzieci do 18 roku życia; naczyńki płaskie; naczyńki jamiste | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-----------------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2947 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39,0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 3,89 | 4,48 | 1,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste | ryczałt | 4,48 |
| 2948 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39,0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 6,09 | 7,98 | 5,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste | ryczałt | 5,60 |
| 2949 | Propranololum | Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg | 50 tabl. | 05909991033507 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2022-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 39,0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 2,43 | 2,95 | 1,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste | ryczałt | 2,95 |
| 2950 | Pyrazinamidum | Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg | 250 szt. | 05909990263516 | 2022-01-01 | 3 lata | 113,0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazinamid | 135,00 | 157,34 | 157,34 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2951 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 | 2022-01-01 | 3 lata | 188,0, Leki parasympatykominetyczne - bromek pirydostrygminy | 98,13 | 116,69 | 116,69 | Miastenia | | ryczałt | 5,33 |
| 2952 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 | 2022-01-01 | 3 lata | 188,0, Leki parasympatykominetyczne - bromek pirydostrygminy | 98,13 | 116,69 | 116,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,01 |
| 2953 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg | 60 tabl. | 05909990910762 | 2019-09-01 | 3 lata | 178,3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,28 | 50,69 | 45,54 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,35 |
| 2954 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg | 60 tabl. | 05909990910779 | 2019-09-01 | 3 lata | 178,3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 80,57 | 96,97 | 91,07 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,10 |
| 2955 | Quetiapinum | ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 05909990897780 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178,3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,83 | 8,09 | 5,69 | Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem | ryczałt | 5,60 |
| 2956 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 05909990719853 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178,3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,94 | 42,99 | 42,99 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2957 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powl., 200 mg | 60 szt. | 05909990720163 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178,3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,96 | 82,68 | 82,68 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2958 | Quetiapinum | Bonogren, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990719389 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,51 | 7,76 | 5,69 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 5,27 |
| 2959 | 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 | 100,44 | 119,86 | 119,86 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2960 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991326319 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 68,04 | 83,81 | 83,81 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2961 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991326371 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 103,68 | 123,26 | 123,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2962 | Quetiapinum | Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991326432 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 140,40 | 163,79 | 163,79 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2963 | 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 | 36,50 | 46,73 | 45,54 | Schizofrenia | | ryczałt | 4,39 |
| 2964 | 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 | 73,01 | 89,03 | 89,03 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 2965 | Quetiapinum | Etiagen, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990806355 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,72 | 7,97 | 5,69 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 5,48 |
| 2966 | 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 | 35,37 | 45,54 | 45,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2967 | 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 | 70,74 | 86,65 | 86,65 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2968 | Quetiapinum | Kefrenex, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990722327 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 106,11 | 125,82 | 125,82 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2969 | Quetiapinum | Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990055562 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,49 | 48,81 | 45,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,47 |
| 2970 | Quetiapinum | Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990055593 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,91 | 92,08 | 91,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,21 |
| 2971 | Quetiapinum | Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990055531 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,83 | 8,09 | 5,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 5,60 |
| 2972 | Quetiapinum | Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990055630 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,55 | 133,63 | 133,63 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2973 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991219420 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,21 | 69,42 | 68,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,32 |
| 2974 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219468 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,95 | 91,07 | 91,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2975 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219505 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,43 | 132,45 | 132,45 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2976 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991219543 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,90 | 173,77 | 173,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2977 | Quetiapinum | Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991219383 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,74 | 25,11 | 22,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,54 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2978 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 100 mg | 100 szt. | 05909990058785 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 63,83 | 78,08 | 75,89 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,39 |
| 2979 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990058778 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,01 | 25,39 | 22,77 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,82 |
| 2980 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081233 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,64 | 50,02 | 45,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,68 |
| 2981 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 200 mg | 100 szt. | 05909990058761 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 127,44 | 148,87 | 148,87 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,33 |
| 2982 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990058754 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,48 | 47,76 | 45,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,42 |
| 2983 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990081196 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 77,22 | 93,45 | 91,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,58 |
| 2984 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 25 mg | 100 szt. | 05909990058808 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,98 | 25,76 | 18,97 | Schizofrenia | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 9,99 |
| 2985 | Quetiapinum | Ketipinor, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990779062 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,27 | 132,28 | 132,28 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2986 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990430857 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,49 | 45,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,15 |
| 2987 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990430888 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 82,08 | 98,55 | 91,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,68 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2988 | Quetiapinum | Ketrel, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990430840 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,94 | 8,21 | 5,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 5,72 |
| 2989 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991219901 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,74 | 90,85 | 90,85 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2990 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991219963 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 112,10 | 132,11 | 132,11 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2991 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991220020 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 149,47 | 173,30 | 173,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 2992 | Quetiapinum | Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991219758 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,34 | 13,26 | 11,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,08 |
| 2993 | 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 | 37,48 | 47,76 | 45,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,42 |
| 2994 | 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 | 74,96 | 91,08 | 91,07 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,21 |
| 2995 | Quetiapinum | Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990074068 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,18 | 7,41 | 5,69 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 4,92 |
| 2996 | 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 | 112,44 | 132,45 | 132,45 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 2997 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedluzonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991205591 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 55,89 | 69,08 | 68,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 2998 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991205676 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,52 | 90,62 | 90,62 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 2999 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991205737 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,78 | 131,77 | 131,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3000 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991380922 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 142,56 | 166,06 | 166,06 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3001 | Quetiapinum | Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991255367 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 18,68 | 25,04 | 22,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,47 |
| 3002 | 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 | 41,04 | 51,49 | 45,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,15 |
| 3003 | 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 | 61,56 | 75,04 | 68,30 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,94 |
| 3004 | 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 | 82,08 | 98,55 | 91,07 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 10,68 |
| 3005 | Quetiapinum | Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990688241 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,92 | 8,19 | 5,69 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem | ryczałt | 5,70 |
| 3006 | 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 | 123,12 | 143,68 | 136,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,87 |
| 3007 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05906414000894 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,60 | 69,83 | 68,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3008 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990965373 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 75,60 | 91,75 | 91,07 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,88 |
| 3009 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909990965403 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 113,40 | 133,47 | 133,47 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3010 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909990965441 | 2019-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 151,20 | 175,13 | 175,13 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3011 | Quetiapinum | Kwetaplex XR, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990965335 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 9,34 | 13,26 | 11,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,08 |
| 3012 | Quetiapinum | Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990788590 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 39,95 | 50,35 | 45,54 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,01 |
| 3013 | Quetiapinum | Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990788651 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 78,83 | 95,14 | 91,07 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 7,27 |
| 3014 | Quetiapinum | Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990788583 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,61 | 7,86 | 5,69 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 5,37 |
| 3015 | Quetiapinum | Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990788675 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 117,82 | 138,11 | 136,61 | <1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,30 |
| 3016 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991358570 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 56,52 | 69,75 | 68,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,65 |
| 3017 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991358648 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 66,94 | 82,66 | 82,66 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3018 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991358792 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 100,42 | 119,84 | 119,84 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3019 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 60 szt. | 05909991358945 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 140,38 | 163,77 | 163,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 6,40 |
| 3020 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. | 05909991358495 | 2020-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,78 | 12,67 | 11,38 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,49 |
| 3021 | Quetiapinum | Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 60 szt. | 05909991435813 | 2021-11-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 200,82 | 229,26 | 229,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 9,60 |
| 3022 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990938544 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 36,61 | 46,84 | 45,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,50 |
| 3023 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990938704 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 73,22 | 89,26 | 89,26 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3024 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05901384806057 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,70 | 6,91 | 5,69 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem | ryczałt | 4,42 |
| 3025 | Quetiapinum | Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990938766 | 2021-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 109,84 | 129,73 | 129,73 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3026 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990736393 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 37,08 | 47,33 | 45,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,99 |
| 3027 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990736461 | 2022-03-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 74,16 | 90,24 | 90,24 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3028 | Quetiapinum | Setinin, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05909990736492 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 111,24 | 131,20 | 131,20 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3029 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909991087180 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 71,28 | 87,21 | 87,21 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 3030 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 60 szt. | 05909991087258 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 106,92 | 126,67 | 126,67 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,80 |
| 3031 | Quetiapinum | Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909991087005 | 2022-05-01 | 3 lata | 178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,82 | 24,14 | 22,77 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 4,57 |
| 3032 | Quinapril | Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,79 | 15,57 | 7,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,81 |
| 3033 | Quinaprilum | Accupro 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990707010 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,69 | 12,31 | 3,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 11,99 |
| 3034 | Quinaprilum | Accupro 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990707119 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,99 | 19,97 | 7,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 17,21 |
| 3035 | Quinaprilum | Accupro 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991080129 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,03 | 30,86 | 13,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 25,69 |
| 3036 | Quinaprilum | Accupro 5, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990706914 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,01 | 8,95 | 1,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 8,95 |
| 3037 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991125516 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 12,43 | 3,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 12,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3038 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991125615 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,12 | 18,01 | 7,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 15,25 |
| 3039 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990953882 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,26 | 30,20 | 14,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 24,66 |
| 3040 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991125417 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,94 | 8,88 | 1,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia | ryczałt | 8,88 |
| 3041 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,38 | 15,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3042 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,34 | 16,68 | 16,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3043 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990571468 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 17,48 | 17,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3044 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990571475 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,80 | 33,44 | 33,44 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 25,60 |
| 3045 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990571499 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,05 | 9,30 | 9,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |
| 3046 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990571505 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,40 | 17,79 | 17,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3047 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990653379 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,15 | 19,41 | 19,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3048 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990653355 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,60 | 5,30 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,58 |
| 3049 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653362 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,19 | 10,34 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,46 |
| 3050 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990337989 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,91 | 21,48 | 21,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,18 |
| 3051 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990337958 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,96 | 5,79 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,71 |
| 3052 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337972 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,92 | 11,27 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,12 |
| 3053 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990661756 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,04 | 19,29 | 19,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3054 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,38 | 15,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3055 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,94 | 18,36 | 18,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3056 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990212170 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 4,64 | 6,50 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,42 |
| 3057 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,17 | 10,48 | 10,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,40 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3058 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990212248 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,56 | 10,89 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,74 |
| 3059 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,71 | 20,00 | 19,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,26 |
| 3060 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990694655 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,97 | 21,32 | 19,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,58 |
| 3061 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990924608 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,67 | 5,36 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,64 |
| 3062 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,35 | 10,51 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,63 |
| 3063 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990694631 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,87 | 11,05 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,17 |
| 3064 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991093334 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 15,16 | 15,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3065 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg | 28 szt. | 05909991093280 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 2,65 | 4,30 | 4,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3066 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991093303 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,08 | 8,13 | 8,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,97 |
| 3067 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,90 | 20,42 | 20,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3068 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991325893 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,80 | 5,62 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,54 |
| 3069 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,45 | 10,77 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,62 |
| 3070 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 17,02 | 17,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3071 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 9,03 | 9,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,97 |
| 3072 | Ramiprilum | Ramistad 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990017461 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,15 | 15,21 | 15,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3073 | Ramiprilum | Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990017447 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,46 | 5,15 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,43 |
| 3074 | Ramiprilum | Ramistad 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990017454 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,56 | 8,63 | 8,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,97 |
| 3075 | Ramiprilum | Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909990047987 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 19,07 | 19,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3076 | Ramiprilum | Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg | 28 szt. | 05909990047949 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,46 | 5,15 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,43 |
| 3077 | Ramiprilum | Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. | 05909990047963 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,91 | 10,05 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,17 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|----------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3078 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414153 | 2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,48 | 18,70 | 18,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3079 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447540 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,48 | 18,70 | 18,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3080 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,82 | 18,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3081 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402006 | 2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,82 | 18,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3082 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,82 | 18,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3083 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991463403 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,59 | 18,82 | 18,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3084 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,61 | 18,84 | 18,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3085 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990916016 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,33 | 19,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 13,59 |
| 3086 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990478217 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,37 | 9,26 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 7,54 |
| 3087 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990478316 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 13,11 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|------------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3088 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447939 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,82 | 19,07 | 19,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3089 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,15 | 19,41 | 19,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3090 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461973 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,15 | 19,41 | 19,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 11,95 |
| 3091 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990610532 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,55 | 21,10 | 21,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 12,80 |
| 3092 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,66 | 58,39 | 58,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 38,40 |
| 3093 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990610440 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 3,89 | 5,71 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,63 |
| 3094 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 90 szt. | 05909991004378 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,66 | 16,19 | 15,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 9,96 |
| 3095 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991447953 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,91 | 10,05 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,17 |
| 3096 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,01 | 10,14 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,26 |
| 3097 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991461959 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,01 | 10,14 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3098 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990610495 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,78 | 11,11 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,96 |
| 3099 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991004385 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,33 | 30,68 | 30,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 19,20 |
| 3100 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909990936885 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,20 | 16,37 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,29 |
| 3101 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909990936854 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,10 | 8,47 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,43 |
| 3102 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909990936809 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,20 | 16,37 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,29 |
| 3103 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909990936779 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,10 | 8,47 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,43 |
| 3104 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909991142759 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3105 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 05909991142728 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,11 | 30,91 | 28,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,75 |
| 3106 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991142636 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3107 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 05909991142643 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3108 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909991142681 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3109 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 05909991142674 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,11 | 30,91 | 28,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,75 |
| 3110 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909991142520 | 2022-03-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3111 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 05909991142513 | 2019-09-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3112 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05903060611542 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,06 | 16,22 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,14 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3113 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05903060611504 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3114 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05903060611467 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,06 | 16,22 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,14 |
| 3115 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05903060611429 | 2021-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3116 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05907626709520 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3117 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05907626709513 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3118 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05907626709506 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,05 | 16,21 | 14,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,13 |
| 3119 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05907626709490 | 2021-11-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,03 | 8,38 | 7,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,34 |
| 3120 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg | 28 szt. | 05909990973118 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,29 | 13,37 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,65 |
| 3121 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg | 28 szt. | 05909990973217 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,47 | 17,97 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 14,09 |
| 3122 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. | 05909990573233 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,23 | 14,74 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,59 |
| 3123 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. | 05909990573226 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,09 | 10,12 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,04 |
| 3124 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. | 05909990885312 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,05 | 9,97 | 4,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,25 |
| 3125 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. | 05909990885411 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 13,11 | 9,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,23 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3126 | Ranitidinum | Ranitydyna Aurovitas, tabl. powł., 150 mg | 60 szt. | 05909991352868 | 2019-09-01 | 3 lata | 1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie | 6,06 | 8,77 | 8,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3127 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990085019 | 2022-01-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 108,00 | 127,57 | 122,49 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 5,08 |
| 3128 | Rifampicinum | Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990084913 | 2022-01-01 | 3 lata | 111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna | 216,00 | 244,97 | 244,97 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3129 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg | 100 szt. | 05909990086115 | 2022-01-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 135,00 | 157,34 | 151,55 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 5,79 |
| 3130 | Rifampicinum + Isoniazidum | Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg | 100 szt. | 05909990086214 | 2022-01-01 | 3 lata | 111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną | 270,00 | 303,09 | 303,09 | Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3131 | Riluzolum | Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg | 56 szt. | 05909990928156 | 2021-01-01 | 3 lata | 191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol | 156,60 | 181,04 | 181,04 | Stwardnienie zanikowe boczne | | ryczałt | 3,20 |
| 3132 | Risperidonum | Orizon, tabl. powł., 1 mg | 20 szt. | 05909990831258 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,43 | 8,95 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,00 |
| 3133 | Risperidonum | Orizon, tabl. powł., 1 mg | 60 szt. | 05909990831265 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 16,20 | 21,91 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,67 |
| 3134 | Risperidonum | Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but. 100 ml | 05909990690138 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 31,32 | 39,64 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,11 |
| 3135 | Risperidonum | Orizon, tabl. powł., 2 mg | 60 szt. | 05909990831272 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 32,40 | 41,62 | 41,62 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3136 | Risperidonum | Orizon, tabl. powł., 3 mg | 60 szt. | 05909990831289 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 48,60 | 60,63 | 60,63 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,84 |
| 3137 | Risperidonum | Orizon, tabl. powł., 4 mg | 60 szt. | 05909990831296 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 62,10 | 76,51 | 76,51 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,12 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3138 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg | 20 szt. | 05909990044481 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,53 | 9,06 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,11 |
| 3139 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg | 20 szt. | 05909990044344 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,28 | 17,71 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,62 |
| 3140 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg | 20 szt. | 05909990044252 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 20,63 | 26,56 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,32 |
| 3141 | Risperidonum | Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg | 20 szt. | 05909990044146 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 28,30 | 35,62 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,24 |
| 3142 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 1 mg | 20 szt. | 05909990336524 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,02 | 9,57 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,62 |
| 3143 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 1 mg | 60 szt. | 05909990336548 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 21,06 | 27,01 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,77 |
| 3144 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 2 mg | 20 szt. | 05909990336487 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,82 | 18,29 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,20 |
| 3145 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 2 mg | 60 szt. | 05909990336500 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 41,47 | 51,13 | 42,87 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 11,46 |
| 3146 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 3 mg | 20 szt. | 05909990336555 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 19,39 | 25,26 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,02 |
| 3147 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 3 mg | 60 szt. | 05909990336579 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 58,16 | 70,67 | 64,31 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|---|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3148 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 4 mg | 20 szt. | 05909990336586 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 27,65 | 34,93 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,55 |
| 3149 | Risperidonum | Risperon, tabl. powł., 4 mg | 60 szt. | 05909990336609 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 82,94 | 98,39 | 85,74 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 17,77 |
| 3150 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powł., 1 mg | 20 szt. | 05909990670413 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,13 | 9,70 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,75 |
| 3151 | Risperidonum | Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml | 100 ml | 05909990423828 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 34,56 | 43,04 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,51 |
| 3152 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powł., 2 mg | 20 szt. | 05909990670512 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 14,26 | 18,74 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,65 |
| 3153 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powł., 3 mg | 20 szt. | 05909990670611 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 18,36 | 24,18 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,94 |
| 3154 | Risperidonum | Rispolept, tabl. powł., 4 mg | 20 szt. | 05909990670710 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3155 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058227 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 286,90 | 321,34 | 317,18 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychicznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 7,36 |
| 3156 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058128 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 430,35 | 475,75 | 475,75 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychicznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3157 | Risperidonum | Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesziny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesziny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego | 05909991058029 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 577,80 | 634,36 | 634,36 | Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego | | ryczałt | 3,20 |
| 3158 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powł., 1 mg | 20 szt. | 05909990567683 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 7,17 | 9,73 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,78 |
| 3159 | Risperidonum | Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but.po 100 ml | 05909990721405 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 36,85 | 45,44 | 35,73 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,91 |
| 3160 | Risperidonum | Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml | 1 but.po 30 ml | 05909990721399 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 10,69 | 14,27 | 10,72 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,75 |
| 3161 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powł., 2 mg | 20 szt. | 05909990567737 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 15,03 | 19,55 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 8,46 |
| 3162 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powł., 3 mg | 20 szt. | 05909990567935 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 22,25 | 28,26 | 21,44 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 10,02 |
| 3163 | Risperidonum | Ryspolit, tabl. powł., 4 mg | 20 szt. | 05909990568031 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 30,24 | 37,65 | 28,58 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 12,27 |
| 3164 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 20 szt. | 05909990034932 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 5,94 | 8,44 | 7,15 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,49 |
| 3165 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg | 50 szt. | 05909990680849 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 13,38 | 18,39 | 17,86 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,73 |
| 3166 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 20 szt. | 05909990034994 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 11,88 | 16,24 | 14,29 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3167 | Risperidonum | Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg | 50 szt. | 05909990680863 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.5, Leki przeciwpyszchotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 26,77 | 34,86 | 34,86 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3168 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl., 10 mg | 10 szt. | 05909990658145 | 2021-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 80,46 | 92,15 | 42,14 | Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna | | ryczałt | 53,21 |
| 3169 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 15 mg | 14 szt. | 05909990910601 | <1>2021-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 112,64 | 130,01 | 88,49 | <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych | | 30% | 68,07 |
| 3170 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 15 mg | 42 szt. | 05909990910663 | <1>2021-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 337,93 | 372,76 | 265,48 | <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych | | 30% | 186,92 |
| 3171 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 20 mg | 14 szt. | 05909990910700 | <1>2021-09-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych | 112,64 | 131,60 | 117,99 | <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych | | 30% | 49,01 |
| 3172 | 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 Alzheimerera | 61,13 | 67,99 | 14,16 | Choroba Alzheimerera | | 30% | 58,08 |
| 3173 | 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 Alzheimerera | 117,07 | 128,96 | 29,25 | Choroba Alzheimerera | | 30% | 108,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3174 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991439415 | 2021-05-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 117,18 | 129,09 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 108,62 |
| 3175 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078454 | 2022-07-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 126,31 | 138,68 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 118,21 |
| 3176 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h | 30 sas. | 05909991032609 | 2022-01-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 203,21 | 220,84 | 40,95 | Choroba Alzheimera | | 30% | 192,18 |
| 3177 | 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 | 76,54 | 84,16 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 74,25 |
| 3178 | 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 | 145,81 | 159,15 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 138,68 |
| 3179 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700646 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 12,51 | 14,62 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,44 |
| 3180 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg | 28 szt. | 05909990700660 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 12,51 | 14,62 | 4,55 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,44 |
| 3181 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990700684 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 20,75 | 24,50 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,13 |
| 3182 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 05909990700691 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 20,75 | 24,50 | 9,10 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 18,13 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3183 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 05909990700721 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 40,93 | 47,43 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 34,69 |
| 3184 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990700707 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 41,49 | 48,01 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,27 |
| 3185 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700738 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 31,11 | 36,38 | 13,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 26,83 |
| 3186 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700745 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 31,11 | 36,38 | 13,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 26,83 |
| 3187 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700769 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 61,45 | 70,34 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 51,23 |
| 3188 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700752 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 62,23 | 71,16 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,05 |
| 3189 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990700790 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 41,49 | 48,01 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,27 |
| 3190 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 05909990700806 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 41,49 | 48,01 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,27 |
| 3191 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 05909990700851 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 81,97 | 92,99 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 67,51 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3192 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990700844 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 82,98 | 94,05 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 68,57 |
| 3193 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990782048 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 9,94 | 11,92 | 4,55 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 8,74 |
| 3194 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 56 szt. | 05909990782055 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 19,87 | 23,56 | 9,10 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 17,19 |
| 3195 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990782079 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 17,50 | 21,09 | 9,10 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 14,72 |
| 3196 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990782086 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 36,07 | 42,31 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 29,57 |
| 3197 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990782147 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,62 | 33,76 | 13,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 24,21 |
| 3198 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990782154 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 59,67 | 68,47 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 49,36 |
| 3199 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990782178 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 34,99 | 41,19 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 28,45 |
| 3200 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990782185 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 78,84 | 89,70 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 64,22 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3201 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990816255 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 41,64 | 48,17 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,43 |
| 3202 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990816262 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 31,23 | 36,50 | 13,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 26,95 |
| 3203 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990816279 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 62,47 | 71,41 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 52,30 |
| 3204 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990816286 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 41,64 | 48,17 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,43 |
| 3205 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990816293 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 83,29 | 94,37 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 68,89 |
| 3206 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990982981 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 7,13 | 8,98 | 4,55 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 5,80 |
| 3207 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990983162 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 14,26 | 17,68 | 9,10 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 11,31 |
| 3208 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990983179 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,51 | 34,39 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,65 |
| 3209 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990983308 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 21,38 | 26,16 | 13,65 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 16,61 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3210 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990983322 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 42,77 | 50,73 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 31,62 |
| 3211 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990983506 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 28,51 | 34,39 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 21,65 |
| 3212 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990983544 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 57,02 | 66,80 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 41,32 |
| 3213 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990778935 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 17,28 | 20,85 | 9,10 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 14,48 |
| 3214 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990778942 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 32,40 | 38,47 | 18,20 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 25,73 |
| 3215 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990778973 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 46,12 | 54,25 | 27,30 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 35,14 |
| 3216 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990779000 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 59,51 | 69,41 | 36,40 | Choroba Alzheimerera | otępienie z ciałami Lewy'ego | 30% | 43,93 |
| 3217 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078294 | 2020-09-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 59,40 | 66,16 | 14,16 | Choroba Alzheimerera | | 30% | 56,25 |
| 3218 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078348 | 2020-09-01 | 3 lata | 186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera | 120,96 | 133,06 | 29,25 | Choroba Alzheimerera | | 30% | 112,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3219 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h | 30 szt. | 05909991067595 | 2021-09-01 | 3 lata | 186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 63,72 | 70,70 | 14,16 | Choroba Alzheimera | | 30% | 60,79 |
| 3220 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991067632 | 2022-03-01 | 3 lata | 186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera | 128,87 | 141,36 | 29,25 | Choroba Alzheimera | | 30% | 120,89 |
| 3221 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990877683 | 2022-05-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 21,55 | 28,22 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 11,29 |
| 3222 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990878000 | 2022-05-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 43,42 | 54,21 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,34 |
| 3223 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990878086 | 2022-05-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 91,37 | 108,56 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,81 |
| 3224 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990992607 | 2022-03-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 30,78 | 37,91 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,98 |
| 3225 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990992683 | 2022-03-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 61,56 | 73,26 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 39,39 |
| 3226 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990992775 | 2022-03-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 123,12 | 141,90 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 74,15 |
| 3227 | 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 | 27,43 | 34,16 | 22,68 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 18,28 |
| 3228 | 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 | 5,83 | 7,66 | 4,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,48 |
| 3229 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powł., 1 mg | 21 szt. | 05909990732074 | 2022-01-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 11,01 | 14,38 | 9,07 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,03 |
| 3230 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powł., 2 mg | 21 szt. | 05909990732227 | 2022-01-01 | 3 lata | 170,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 21,92 | 27,60 | 18,15 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 14,90 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3231 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powł., 5 mg | 21 szt. | 05909990732333 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 45,36 | 55,92 | 45,36 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 24,17 |
| 3232 | 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 | 25,92 | 32,81 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 15,88 |
| 3233 | 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 | 52,92 | 64,19 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 30,32 |
| 3234 | 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 | 102,60 | 120,35 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 52,60 |
| 3235 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909991049294 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 23,76 | 30,54 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 13,61 |
| 3236 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991049355 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 56,48 | 67,92 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 34,05 |
| 3237 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991049393 | 2022-05-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 113,40 | 131,69 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 63,94 |
| 3238 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 059099909990085 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,65 | 38,82 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,89 |
| 3239 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 059099909990092 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 63,31 | 75,10 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,23 |
| 3240 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 059099909990108 | 2018-03-01 | 5 lat | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 126,61 | 145,56 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,81 |
| 3241 | 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 | 31,64 | 38,81 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,88 |
| 3242 | 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 | 63,29 | 75,07 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 41,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3243 | 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 | 126,60 | 145,55 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,80 |
| 3244 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990983582 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,10 | 38,25 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,32 |
| 3245 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990983803 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 62,21 | 73,94 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,07 |
| 3246 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990983971 | 2019-11-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,93 | 144,86 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 77,11 |
| 3247 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 05909990013685 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 5,80 | 7,63 | 4,54 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,45 |
| 3248 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990013890 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 11,01 | 14,38 | 9,07 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,03 |
| 3249 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990013586 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 23,23 | 28,98 | 18,15 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,28 |
| 3250 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 05909990013968 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 57,97 | 69,16 | 45,36 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 37,41 |
| 3251 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990644728 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 29,15 | 36,20 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,27 |
| 3252 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990644612 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 58,77 | 70,33 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 36,46 |
| 3253 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990644636 | 2022-01-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 117,02 | 135,49 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 67,74 |
| 3254 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990855766 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 31,32 | 38,48 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,55 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3255 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 84 szt. | 05909991033781 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 78,84 | 93,46 | 72,58 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 42,65 |
| 3256 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991391485 | 2020-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 42,12 | 52,85 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 18,98 |
| 3257 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990855773 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 62,64 | 74,39 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,52 |
| 3258 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 84 szt. | 05909991033798 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 157,68 | 180,23 | 145,16 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 78,62 |
| 3259 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991391683 | 2020-09-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 84,24 | 101,07 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 33,32 |
| 3260 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990855780 | 2022-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 125,28 | 144,16 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 76,41 |
| 3261 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 84 szt. | 05909991033804 | 2021-03-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 315,36 | 349,80 | 290,33 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 146,57 |
| 3262 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990963874 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 29,70 | 36,78 | 24,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,85 |
| 3263 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990964239 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 59,40 | 70,99 | 48,39 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 37,12 |
| 3264 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990964321 | 2021-07-01 | 3 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 118,80 | 137,36 | 96,78 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 69,61 |
| 3265 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,68 | 8,26 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,90 |
| 3266 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,50 | 15,99 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,27 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3267 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 | 2020-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,64 | 29,87 | 29,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,96 |
| 3268 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991000141 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,67 | 9,30 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,94 |
| 3269 | 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 | 17,39 | 23,61 | 23,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,08 |
| 3270 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991000158 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,35 | 17,92 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,20 |
| 3271 | 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 | 12,04 | 16,71 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,22 |
| 3272 | 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 | 34,78 | 44,79 | 44,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,44 |
| 3273 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991000165 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,11 | 30,37 | 30,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,11 |
| 3274 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991000103 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,34 | 4,71 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,03 |
| 3275 | 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 | 8,69 | 12,51 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,89 |
| 3276 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,12 | 8,85 | 8,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,10 |
| 3277 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,17 | 13,02 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,40 |
| 3278 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,42 | 17,11 | 16,41 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3279 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,35 | 24,62 | 24,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 3280 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 24,52 | 32,10 | 32,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,63 |
| 3281 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 | 2021-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,07 | 4,50 | 4,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,63 |
| 3282 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991085674 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,79 | 8,38 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,02 |
| 3283 | 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 | 11,53 | 16,01 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,29 |
| 3284 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991085759 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,57 | 16,05 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,33 |
| 3285 | 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 | 23,07 | 30,32 | 30,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,10 |
| 3286 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991085841 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 23,13 | 30,39 | 30,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,12 |
| 3287 | 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 | 46,14 | 57,75 | 57,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,33 |
| 3288 | 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 | 2,86 | 4,20 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,52 |
| 3289 | 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 | 5,77 | 8,36 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,00 |
| 3290 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991425883 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,69 | 8,27 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,91 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3291 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991425906 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,38 | 15,84 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,12 |
| 3292 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991425920 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,77 | 30,01 | 30,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,00 |
| 3293 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991422875 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,84 | 4,18 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,50 |
| 3294 | 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 | 6,39 | 9,01 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,65 |
| 3295 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990895304 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,57 | 24,85 | 24,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,62 |
| 3296 | 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 | 9,59 | 13,27 | 11,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,23 |
| 3297 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 15 mg | 56 szt. | 05909990895403 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,33 | 23,30 | 22,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,21 |
| 3298 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 15 mg | 90 tabl. | 05909990895458 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 27,85 | 36,08 | 36,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,82 |
| 3299 | 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 | 12,79 | 17,34 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,62 |
| 3300 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990895588 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 37,13 | 47,27 | 47,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,18 |
| 3301 | 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 | 19,19 | 25,25 | 22,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,16 |
| 3302 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 30 mg | 56 szt. | 05909990895687 | 2021-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,67 | 44,30 | 44,30 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,29 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3303 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 30 mg | 90 tabl. | 05909990895724 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 55,70 | 68,77 | 68,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,63 |
| 3304 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909990895786 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 25,59 | 32,97 | 30,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,52 |
| 3305 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990895892 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 74,26 | 90,18 | 90,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 27,05 |
| 3306 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990895106 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,20 | 4,56 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,88 |
| 3307 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909990895182 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 9,29 | 13,14 | 12,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,52 |
| 3308 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 05909990791743 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,77 | 8,36 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,00 |
| 3309 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 05909990791781 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 16,61 | 22,54 | 22,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,76 |
| 3310 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 05909990791873 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,53 | 16,01 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,29 |
| 3311 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 20 mg | 84 szt. | 05909990791927 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 33,23 | 42,79 | 42,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,84 |
| 3312 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990792009 | 2017-09-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,84 | 30,08 | 30,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,02 |
| 3313 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 40 mg | 84 szt. | 05909990792061 | 2022-03-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 66,47 | 81,48 | 81,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,44 |
| 3314 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 | 2021-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,85 | 4,19 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,51 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3315 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,70 | 8,29 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |
| 3316 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,45 | 15,92 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,20 |
| 3317 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,59 | 12,22 | 11,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,18 |
| 3318 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,16 | 23,13 | 22,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,04 |
| 3319 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 | 2021-09-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,85 | 17,39 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,67 |
| 3320 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3321 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,16 | 23,13 | 22,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,04 |
| 3322 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 | 2017-11-01 | 5 lat | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 34,33 | 43,95 | 43,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,19 |
| 3323 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 | 2020-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3324 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 45,36 | 56,93 | 56,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,08 |
| 3325 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,84 | 4,18 | 3,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,50 |
| 3326 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 | 2019-11-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,70 | 8,29 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3327 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 0590999077785 | 2022-01-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,10 | 8,72 | 7,66 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,36 |
| 3328 | 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 | 17,12 | 23,08 | 22,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,99 |
| 3329 | 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 | 27,41 | 35,62 | 35,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,69 |
| 3330 | 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 | 12,20 | 16,71 | 15,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,99 |
| 3331 | 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 | 34,24 | 43,85 | 43,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,16 |
| 3332 | 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 | 54,82 | 67,84 | 67,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,35 |
| 3333 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 | 2022-05-01 | 3 lata | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,68 | 29,91 | 29,91 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3334 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powł., 10 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707057 | 2021-11-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3335 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powł., 20 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707064 | 2021-11-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3336 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003352 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,87 | 24,21 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,23 |
| 3337 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003369 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,74 | 47,04 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,07 |
| 3338 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003383 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,87 | 24,21 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,23 |
| 3339 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003390 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,74 | 47,04 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,07 |
| 3340 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003321 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,87 | 24,21 | 12,83 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 15,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3341 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003338 | 2021-09-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 39,74 | 47,04 | 25,67 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 29,07 |
| 3342 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463816 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 23,39 | 13,75 | Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,77 |
| 3343 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463830 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 23,39 | 13,75 | Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,77 |
| 3344 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 5 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463762 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 18,90 | 23,39 | 13,75 | Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 13,77 |
| 3345 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708493 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3346 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709315 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3347 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708509 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3348 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709322 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3349 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708486 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 19,36 | 23,87 | 13,75 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 14,25 |
| 3350 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suvaradio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709308 | 2022-03-01 | 2 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 38,73 | 46,23 | 27,50 | Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii | | 30% | 26,98 |
| 3351 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powł., 100 mg | 10 szt. | 05909990847914 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,26 | 17,89 | 5,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,99 |
| 3352 | Roxithromycinum | Rolicyn, tabl. powł., 150 mg | 10 szt. | 05909990848010 | 2022-01-01 | 3 lata | 101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,44 | 23,02 | 8,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,67 |
| 3353 | Rupatadinum | Rupaller, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05909991429881 | 2021-09-01 | 2 lata | 207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,20 | 33,83 | 33,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,15 |
| 3354 | Salbutamolom | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 | 2021-03-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 8,75 | 11,91 | 10,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,98 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---------------------------|--|---|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 3355 | Salbutamololum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochrony) | 05909991106928 | 2022-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 22,14 | 25,97 | 10,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,04 |
| 3356 | Salbutamololum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochrony) | 05909991107826 | 2022-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 37,18 | 43,50 | 20,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 28,57 |
| 3357 | Salbutamololum | Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 200 daw. | 05909990764150 | 2022-05-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 8,69 | 11,84 | 10,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,91 |
| 3358 | Salbutamololum | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego | 7,02 | 10,08 | 10,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3359 | Salbutamololum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 | 2022-01-01 | 3 lata | 197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu | 7,06 | 10,13 | 10,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3360 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 | 2021-07-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 96,66 | 115,04 | 114,47 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,97 |
| 3361 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 48,98 | 60,98 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 6,94 |
| 3362 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 73,49 | 89,23 | 85,85 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 8,18 |
| 3363 | Salmeterolum | Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę | 120 dawek | 05909990867653 | 2018-01-01 | 5 lat | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 51,51 | 63,64 | 57,24 | Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 9,60 |
| 3364 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 55,51 | 67,84 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 13,80 |
| 3365 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 | 2022-01-01 | 3 lata | 198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 62,64 | 75,32 | 57,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 21,28 |
| 3366 | Selegilini hydrochloridum | Segan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990746026 | 2022-01-01 | 3 lata | 171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina | 15,98 | 21,64 | 21,64 | Choroba i zespół Parkinsona | | ryczałt | 6,40 |
| 3367 | Selegilinum | Selgres, tabl. powł., 5 mg | 50 szt. | 05909990404315 | 2022-01-01 | 3 lata | 171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina | 13,44 | 18,40 | 18,03 | Choroba i zespół Parkinsona | | ryczałt | 5,70 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3368 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 0,25 mg | 1 wstrz.po 1,5 ml | 05909991389901 | 2022-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agoniści GLP-1 | 320,76 | 357,72 | 357,72 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² 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% | 107,32 |
| 3369 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 0,5 mg | 1 wstrz.po 1,5 ml | 05909991389918 | 2022-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agoniści GLP-1 | 320,76 | 357,72 | 357,72 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² 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% | 107,32 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-------------------|----------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 3370 | Semaglutidum | Ozempic, roztw. do wstrz., 1 mg | 1 wstrz.po 3 ml | 05909991389956 | 2022-01-01 | 2 lata | 252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agonści GLP-1 | 320,76 | 357,72 | 357,72 | Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² 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% | 107,32 |
| 3371 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powł., 12 mg | 28 szt. | 05909991089313 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 237,60 | 267,89 | 267,89 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3372 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powł., 16 mg | 28 szt. | 05909991089412 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 316,98 | 353,21 | 353,21 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3373 | Sertindolum | Serdolect, tabl. powł., 4 mg | 30 szt. | 05909991089214 | 2022-01-01 | 3 lata | 178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol | 80,44 | 97,18 | 97,18 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3374 | Sertraline | Asertin 100, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990422685 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 21,52 | 27,96 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,72 |
| 3375 | Sertraline | Asertin 50, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990422692 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 9,60 | 13,47 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,35 |
| 3376 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powł., 100 mg | 30 tabl. | 05909991355739 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 14,43 | 20,51 | 20,51 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,15 |
| 3377 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powł., 50 mg | 30 tabl. | 05909991355654 | 2019-11-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 7,21 | 10,96 | 10,96 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,29 |
| 3378 | Sertralinum | Asentra, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990963317 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 20,03 | 26,13 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 9,11 |
| 3379 | Sertralinum | Asentra, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990963218 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 10,02 | 13,72 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu 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 |
| 3380 | Sertralinum | Miravil, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990804368 | 2022-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 17,93 | 24,20 | 24,20 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,26 |
| 3381 | Sertralinum | Miravil, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990804344 | 2022-05-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 9,05 | 12,89 | 12,89 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,87 |
| 3382 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909991279615 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 13,69 | 19,47 | 19,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 5,84 |
| 3383 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909991279622 | 2021-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 14,67 | 20,76 | 20,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,23 |
| 3384 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 84 szt. | 05909991279660 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 41,08 | 53,04 | 53,04 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 15,91 |
| 3385 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909991279516 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 6,85 | 10,39 | 10,39 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,12 |
| 3386 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909991279523 | 2021-09-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 7,33 | 11,09 | 11,09 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,33 |
| 3387 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 84 szt. | 05909991279561 | 2017-11-01 | 5 lat | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 20,54 | 28,12 | 28,12 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,44 |
| 3388 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990046621 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 15,23 | 21,09 | 21,09 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,33 |
| 3389 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990046690 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 7,61 | 11,19 | 11,19 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,36 |
| 3390 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990919987 | 2021-03-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 15,94 | 22,10 | 22,10 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,63 |
| 3391 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990919888 | 2021-03-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 7,97 | 11,76 | 11,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,53 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3392 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990663163 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 18,25 | 24,52 | 24,52 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,36 |
| 3393 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990663040 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 9,13 | 12,98 | 12,98 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 3,89 |
| 3394 | Sertralinum | Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990571963 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 20,41 | 26,79 | 26,06 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,55 |
| 3395 | Sertralinum | Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990571925 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 9,45 | 13,32 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 4,20 |
| 3396 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990994816 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 12,47 | 16,48 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 7,36 |
| 3397 | Sertralinum | Zolof, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990753215 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 24,19 | 30,50 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,48 |
| 3398 | Sertralinum | Zolof, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990753116 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 13,18 | 17,03 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,52 |
| 3399 | Sertralinum | Zotral, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990569472 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 28,06 | 34,56 | 24,32 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 17,54 |
| 3400 | Sertralinum | Zotral, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990013982 | 2022-01-01 | 3 lata | 184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny | 15,10 | 19,07 | 12,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 10,56 |
| 3401 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991418885 | 2021-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 6,74 | 9,70 | 9,24 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 3,23 |
| 3402 | Silodosinum | Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05909991418960 | 2021-05-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,48 | 18,48 | 18,48 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 5,54 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3403 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg | 30 szt. | 05391519923528 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 13,82 | 17,14 | 9,24 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,67 |
| 3404 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 30 szt. | 05391519923535 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,97 | 23,20 | 18,48 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 10,26 |
| 3405 | Silodosinum | Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg | 90 szt. | 05391519923542 | 2021-03-01 | 2 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,91 | 65,35 | 55,44 | Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn | | 30% | 26,54 |
| 3406 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990618279 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,94 | 7,10 | 2,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,18 |
| 3407 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990618286 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,80 | 13,05 | 5,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 9,22 |
| 3408 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990618293 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,82 | 21,78 | 10,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | 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% | 14,12 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3409 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990649532 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,05 | 7,95 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,37 |
| 3410 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990649655 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 12,10 | 15,61 | 10,21 | 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% | 8,46 |
| 3411 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991019723 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,29 | 6,35 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,57 |
| 3412 | Simvastatinum | Simratio 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991019822 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,37 | 12,49 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 8,91 |
| 3413 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991019945 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 20,84 | 24,78 | 10,21 | 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% | 17,63 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|----------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3414 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990940110 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,65 | 5,68 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,90 |
| 3415 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990940219 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 8,75 | 10,79 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 7,21 |
| 3416 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990940318 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,50 | 21,28 | 10,21 | 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% | 14,13 |
| 3417 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990941025 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,46 | 4,43 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,65 |
| 3418 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990941124 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 6,91 | 8,86 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,28 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3419 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990941223 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 13,82 | 17,42 | 10,21 | 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% | 10,27 |
| 3420 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990743650 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,03 | 6,88 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 3,30 |
| 3421 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990743667 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,07 | 13,47 | 10,21 | 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% | 6,32 |
| 3422 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990623273 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,56 | 6,70 | 2,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,78 |
| 3423 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990623297 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,12 | 13,38 | 5,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3424 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990623334 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 19,76 | 23,82 | 10,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 16,16 |
| 3425 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990731565 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 1,94 | 3,64 | 3,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,09 |
| 3426 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990731671 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,89 | 6,98 | 6,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,09 |
| 3427 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990723591 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 2,65 | 3,58 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 1,80 |
| 3428 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990723812 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 3,99 | 5,79 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,21 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|--|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3429 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990723829 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,27 | 6,19 | 5,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,36 |
| 3430 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990724031 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,96 | 11,26 | 10,21 | 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% | 4,11 |
| 3431 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05907553016012 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,18 | 5,98 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 2,40 |
| 3432 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05907553016029 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 7,96 | 11,26 | 10,21 | 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% | 4,11 |
| 3433 | Simvastatinum | Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990927616 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,94 | 7,04 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 5,26 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---------------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3434 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990927715 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,79 | 13,98 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 10,40 |
| 3435 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990927838 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 22,03 | 26,03 | 10,21 | 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% | 18,88 |
| 3436 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990914012 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,08 | 6,14 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,36 |
| 3437 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990914111 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,78 | 12,92 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,34 |
| 3438 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990982714 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 17,28 | 21,04 | 10,21 | 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% | 13,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|----------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3439 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991073114 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 4,80 | 5,84 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,06 |
| 3440 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991073213 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,11 | 12,22 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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 |
| 3441 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990935116 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,65 | 6,79 | 2,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,87 |
| 3442 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990055722 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,51 | 12,64 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,06 |
| 3443 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990935215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 11,26 | 13,53 | 5,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,70 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3444 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990935314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 18,99 | 23,01 | 10,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 15,35 |
| 3445 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990365913 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 5,40 | 6,47 | 2,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 4,69 |
| 3446 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990366026 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 10,79 | 12,93 | 5,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów | 30% | 9,35 |
| 3447 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990769124 | 2019-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA | 21,58 | 25,56 | 10,21 | 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% | 18,41 |
| 3448 | Sirolimusum | Rapamune, tabl. draż., 1 mg | 30 szt. | 05909990985210 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2019-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus | 456,40 | 503,70 | 503,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitheloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - opome na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatycznych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-----------------------|------------------------------------|---------|----------------|--|---|---|--------|--------|--------|--|--|---------|-------|
| 3449 | Sirolimusum | Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml | 60 ml | 05909990893645 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2019-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13 | 135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus | 912,82 | 994,92 | 994,92 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epителиoidalnych 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 gumiatychnych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya | ryczałt | 3,20 |
| 3450 | Solifenacini succinas | Adablock, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05906414003758 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,69 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,58 |
| 3451 | Solifenacini succinas | Adablock, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05906414003741 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,29 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,23 |
| 3452 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991349325 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,85 | 34,86 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,75 |
| 3453 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991349226 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 13,41 | 18,36 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,30 |
| 3454 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991405960 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,98 | 27,65 | 27,65 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,30 |
| 3455 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909991405991 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 59,94 | 75,61 | 75,61 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 22,68 |
| 3456 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991405922 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 9,99 | 14,77 | 14,77 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,43 |
| 3457 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991405953 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 29,97 | 40,14 | 40,14 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 12,04 |
| 3458 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991339135 | 2020-01-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,87 | 34,88 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,77 |
| 3459 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991422394 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 10,69 | 15,50 | 15,50 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 4,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3460 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991340896 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 30,24 | 38,42 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,31 |
| 3461 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991340872 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 15,12 | 20,16 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,10 |
| 3462 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991351304 | 2019-11-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 27,00 | 35,02 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,91 |
| 3463 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991351298 | 2019-11-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 13,50 | 18,46 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,40 |
| 3464 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05901720140388 | 2020-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 26,46 | 34,45 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,34 |
| 3465 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05901720140340 | 2020-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 13,23 | 18,17 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 6,11 |
| 3466 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991371777 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 25,92 | 33,89 | 33,89 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 10,17 |
| 3467 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991371753 | 2020-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 12,96 | 17,89 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 5,83 |
| 3468 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991312640 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,69 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,58 |
| 3469 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991312633 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,29 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,23 |
| 3470 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991140069 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 29,03 | 37,15 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 13,04 |
| 3471 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991139995 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 14,52 | 19,53 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 7,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3472 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05906720536148 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 32,40 | 40,69 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,58 |
| 3473 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05906720536117 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 16,20 | 21,29 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 9,23 |
| 3474 | 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 | 84,26 | 101,60 | 101,60 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 30,48 |
| 3475 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991382308 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 30,24 | 38,42 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 14,31 |
| 3476 | 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 | 42,13 | 53,37 | 53,37 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 16,01 |
| 3477 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991382278 | 2019-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 15,12 | 20,16 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego | | 30% | 8,10 |
| 3478 | Sotaloli hydrochloridum | Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg | 60 szt. | 05909991357160 | 2019-09-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 7,24 | 9,51 | 6,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,82 |
| 3479 | Sotalolum | Sotahexal 160, tabl., 160 mg | 20 szt. | 05909990309115 | 2022-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 10,80 | 13,75 | 8,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,50 |
| 3480 | Sotalolum | Sotahexal 80, tabl., 80 mg | 20 szt. | 05909990309016 | 2022-01-01 | 3 lata | 39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego | 6,05 | 7,62 | 4,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,50 |
| 3481 | 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 | 15,07 | 19,57 | 13,94 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,60 |
| 3482 | 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 | 18,47 | 23,70 | 17,42 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,99 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|-------------------------|----------------------|--|---|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3483 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990965977 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 16,31 | 21,76 | 21,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 7,03 |
| 3484 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990965861 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 15,12 | 19,99 | 17,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 7,71 |
| 3485 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990965854 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 7,02 | 8,94 | 5,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 5,26 |
| 3486 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 05909990965885 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 27,43 | 35,22 | 35,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 10,67 |
| 3487 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965878 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 9,18 | 12,49 | 10,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 5,13 |
| 3488 | Spironolactonum | Spirolon, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 18,58 | 23,61 | 17,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 11,33 |
| 3489 | Spironolactonum | Spirolon, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 4,64 | 5,92 | 3,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 3,46 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---------------|--|----------|----------------|---|--|---|--------|--------|--------|--|--|---------|-------|
| 3490 | Spirolactonum | Spirolon, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 8,10 | 11,36 | 10,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 4,00 |
| 3491 | Spirolactonum | Spirolon, tabl. powł., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 16,20 | 21,64 | 21,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 6,91 |
| 3492 | Spirolactonum | Spirolon 100, tabl. powł., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 9,94 | 14,03 | 14,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 4,21 |
| 3493 | Spirolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 05909990488513 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 15,66 | 21,07 | 21,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 6,34 |
| 3494 | Spirolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990117215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 4,64 | 5,92 | 3,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 3,46 |
| 3495 | Spirolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 05909990488414 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton | 8,86 | 12,15 | 10,52 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory | 30% | 4,79 |
| 3496 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg | 60 sasz. | 05909990017294 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.1. Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 675,00 | 738,97 | 731,86 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt | ryczałt | 10,31 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3497 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909990017232 | 2021-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 675,00 | 738,97 | 731,86 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | | ryczałt | 10,31 |
| 3498 | Stiripentolum | Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg | 60 sasz. | 05909990017331 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1350,00 | 1463,72 | 1463,72 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt | ryczałt | 3,20 |
| 3499 | Stiripentolum | Diacomit, kaps. twarde, 500 mg | 60 szt. | 05909990017263 | 2021-01-01 | 3 lata | 244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol | 1350,00 | 1463,72 | 1463,72 | Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem | | ryczałt | 3,20 |
| 3500 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990312610 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne | 8,81 | 12,51 | 12,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka | 50% | 6,26 |
| 3501 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990117819 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne | 8,92 | 12,64 | 12,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka | 50% | 6,39 |
| 3502 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 120, tabl., 100+20 mg | 20 szt. | 05909990117529 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe | 8,51 | 10,73 | 5,75 | 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% | 7,86 |
| 3503 | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum | Biseptol 480, tabl., 400+80 mg | 20 szt. | 05909990117611 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe | 17,06 | 22,99 | 22,99 | 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% | 11,50 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------------------------|--|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3504 | Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium | Biseptol 960, tabl., 800+160 mg | 10 szt. | 05909990117710 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacią stałą | 17,17 | 23,11 | 22,99 | 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% | 11,62 |
| 3505 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 45,09 | 56,81 | 56,81 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 3506 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 45,09 | 56,81 | 56,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,04 |
| 3507 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990864416 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 22,68 | 30,03 | 29,57 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,66 |
| 3508 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990864416 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 22,68 | 30,03 | 29,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,33 |
| 3509 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 47,30 | 59,14 | 59,14 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,20 |
| 3510 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 47,30 | 59,14 | 59,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,74 |
| 3511 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 23,65 | 31,05 | 29,57 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 4,68 |
| 3512 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 | 2022-01-01 | 3 lata | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 23,65 | 31,05 | 29,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 3513 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego | 22,68 | 30,03 | 29,57 | Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL | ryczałt | 3,66 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3514 | 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 | 22,68 | 30,03 | 29,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,33 |
| 3515 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg | 24 szt. | 05909991380410 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,37 | 5,64 | 3,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,04 |
| 3516 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909991380465 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 6,22 | 8,99 | 8,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3517 | Sulpiridum | Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg | 24 szt. | 05909991380373 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,35 | 4,04 | 1,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,24 |
| 3518 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg | 24 szt. | 05909990159314 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,48 | 5,75 | 3,60 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,15 |
| 3519 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg | 30 szt. | 05909990159437 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,31 | 11,19 | 8,99 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,20 |
| 3520 | Sulpiridum | Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg | 24 szt. | 05909990159512 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,35 | 4,04 | 1,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | zespół Tourette'a | bezpłatny do limitu | 2,24 |
| 3521 | Sultamicillinum | Unasyn, tabl. powł., 375 mg | 12 szt. | 05909990065110 | 2022-01-01 | 3 lata | 89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne | 25,25 | 28,57 | 6,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 25,26 |
| 3522 | Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa) | Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawieszina, 1 dawka | 1 aplikator 0,2 ml | 05000456061346 | <1>2020-09-01/<2>2021-11-01 | 2 lata | 247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa | 77,76 | 94,23 | 94,23 | <1>Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia; <2>Zapobieganie grypie u dzieci i młodzieży w wieku od ukończonego 60 miesiąca życia do ukończonego 18 roku życia | | 50% | 47,12 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--|---|-------------------------|----------------|---|--|--|--------|--------|--------|---|---|---------|--------|
| 3523 | Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna) | Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml | 1 amp.-strzyk. + 1 igła | 05909990737420 | 2022-01-01 | 2 lata | 255,0, Szczepionki przeciw pneumokokom | 245,30 | 276,51 | 276,51 | Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego | | 50% | 138,26 |
| 3524 | Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana) | Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg | 1 amp.-strz. | 05909990064748 | 2021-11-01 | 2 lata | 254,0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) | 245,16 | 276,36 | 276,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 138,18 |
| 3525 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 05909990051052 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 44,87 | 56,57 | 56,37 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę | ryczałt | 3,40 |
| 3526 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990051076 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 94,55 | 112,74 | 112,74 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3527 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg | 30 szt. | 05909990699957 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 305,14 | 340,35 | 338,22 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę | ryczałt | 5,33 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3528 | Tacrolimusum | Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990051137 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 513,18 | 563,75 | 563,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,25 |
| 3529 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg | 30 szt. | 07613421037024 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 37,26 | 48,58 | 48,58 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3530 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg | 30 szt. | 07613421037000 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 74,52 | 91,71 | 91,71 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3531 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg | 30 szt. | 07613421037048 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 149,04 | 173,95 | 173,95 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3532 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg | 30 szt. | 07613421037031 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 223,56 | 254,69 | 254,69 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3533 | Tacrolimusum | Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg | 30 szt. | 07613421037017 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 372,60 | 416,14 | 416,14 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3534 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg | 30 szt. | 05909991192709 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 102,39 | 121,33 | 120,79 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,74 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3535 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 30 szt. | 05909991192730 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 139,22 | 161,77 | 161,06 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,91 |
| 3536 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg | 90 szt. | 05909991192754 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 438,43 | 483,49 | 483,17 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,52 |
| 3537 | Tacrolimusum | Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909991192761 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 577,03 | 632,56 | 632,56 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,66 |
| 3538 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 05909991148713 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 44,87 | 56,57 | 56,37 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,40 |
| 3539 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 05909990447213 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 94,55 | 112,74 | 112,74 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,20 |
| 3540 | Tacrolimusum | Prograf, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 05909990447312 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2022-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus | 513,18 | 563,75 | 563,70 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | <1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę | ryczałt | 3,25 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3541 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 | 2021-03-01 | 2 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 53,68 | 63,48 | 35,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 38,70 |
| 3542 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 | 2021-03-01 | 2 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 71,17 | 82,16 | 37,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 55,61 |
| 3543 | Tamoxifenum | Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990331017 | 2022-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 9,83 | 13,88 | 13,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3544 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 | 2022-01-01 | 3 lata | 130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen | 9,83 | 13,88 | 13,88 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3545 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990622726 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,99 | 23,22 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,94 |
| 3546 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05906414001501 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,99 | 65,43 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,59 |
| 3547 | 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 | 71,98 | 85,74 | 73,92 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 24,62 |
| 3548 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05900411005883 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,99 | 23,22 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,94 |
| 3549 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05900411005906 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,99 | 65,43 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,59 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3550 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990045006 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,36 | 23,61 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,33 |
| 3551 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990900794 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 55,08 | 66,57 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 20,73 |
| 3552 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990894598 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,64 | 22,85 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,57 |
| 3553 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990894642 | 2021-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 52,92 | 64,31 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,47 |
| 3554 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990573585 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,50 | 22,71 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,43 |
| 3555 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990573592 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 52,49 | 63,85 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 18,01 |
| 3556 | Tamsulosini hydrochloridum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990586196 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 23,04 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,76 |
| 3557 | 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 | 18,04 | 23,27 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,99 |
| 3558 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990048007 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,99 | 23,22 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,94 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3559 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991092184 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,46 | 64,87 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,03 |
| 3560 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990044382 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,82 | 23,04 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,76 |
| 3561 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991136321 | 2019-11-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 38,88 | 49,56 | 49,56 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3562 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991332709 | 2020-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,91 | 15,79 | 15,79 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3563 | Tamsulosini hydrochloridum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990980451 | 2021-07-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,32 | 23,56 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,28 |
| 3564 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570386 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 14,33 | 19,39 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 4,11 |
| 3565 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05907626708400 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 28,65 | 36,82 | 36,82 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 6,40 |
| 3566 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907626708417 | 2019-09-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 42,98 | 53,87 | 53,87 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,60 |
| 3567 | 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 | 10,78 | 15,65 | 15,65 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3568 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990565948 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,79 | 24,06 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,78 |
| 3569 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsugen 0,4 mg, kapsulki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570690 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,29 | 17,23 | 17,23 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3570 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990430895 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 18,09 | 23,32 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,04 |
| 3571 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990847808 | 2022-05-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,91 | 23,14 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,86 |
| 3572 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990566068 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 17,98 | 23,21 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,93 |
| 3573 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05909990566075 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 35,96 | 44,50 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,94 |
| 3574 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907587609235 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,97 | 65,41 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,57 |
| 3575 | 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 | 17,98 | 23,21 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 7,93 |
| 3576 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 60 szt. | 05909991191214 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 35,97 | 44,51 | 36,96 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 13,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3577 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991199081 | 2020-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,97 | 65,41 | 55,44 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 19,57 |
| 3578 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909997216393 | 2022-03-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,78 | 15,65 | 15,65 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3579 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990566280 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 12,14 | 17,08 | 17,08 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 3,20 |
| 3580 | 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 | 18,80 | 24,07 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 8,79 |
| 3581 | Tamsulosinum | Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990219070 | 2022-01-01 | 3 lata | 76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 19,12 | 24,41 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,13 |
| 3582 | Tapentadolium | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 60 szt. | 05909990865598 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 190,90 | 217,50 | 191,69 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 25,81 |
| 3583 | Tapentadolium | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990865635 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 286,35 | 320,00 | 287,53 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 32,47 |
| 3584 | Tapentadolium | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 60 szt. | 05909990865666 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 366,51 | 406,45 | 383,38 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 23,07 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3585 | Tapentadolium | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg | 60 szt. | 05909990865697 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 433,66 | 479,22 | 479,22 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3586 | Tapentadolium | Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 60 szt. | 05909990865567 | 2021-07-01 | 3 lata | 153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol | 95,22 | 113,03 | 95,84 | Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana | | bezpłatny do limitu | 17,19 |
| 3587 | Telmisartan | Telmix, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990974887 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,17 | 25,43 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,82 |
| 3588 | Telmisartan | Telmix, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990974993 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 40,35 | 49,00 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 23,77 |
| 3589 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990891832 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,99 | 13,06 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,75 |
| 3590 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990891863 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,41 | 25,68 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,07 |
| 3591 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990440825 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,60 | 32,18 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,57 |
| 3592 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990936670 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,21 | 16,44 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,13 |
| 3593 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990936700 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,42 | 32,00 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,39 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3594 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991060220 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,37 | 11,36 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,05 |
| 3595 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991060268 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,20 | 21,26 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,65 |
| 3596 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991391713 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,10 | 11,08 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,77 |
| 3597 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991391720 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,42 | 21,49 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,88 |
| 3598 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991036768 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 12,89 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,58 |
| 3599 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991461355 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,04 | 20,04 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,43 |
| 3600 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991229801 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,63 | 21,71 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,10 |
| 3601 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991036867 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,66 | 24,89 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,28 |
| 3602 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991388003 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,15 | 12,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,87 |
| 3603 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991388034 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,30 | 23,47 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,86 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3604 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991018429 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,21 | 11,19 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,88 |
| 3605 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991018436 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,31 | 21,38 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,77 |
| 3606 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990974863 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,31 | 15,50 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,19 |
| 3607 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990974979 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,62 | 30,11 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 17,50 |
| 3608 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990902002 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,94 | 16,16 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,85 |
| 3609 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990902095 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,88 | 31,42 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,81 |
| 3610 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991453060 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,54 | 10,49 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,18 |
| 3611 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991423551 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,99 | 10,96 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 4,65 |
| 3612 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990818082 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 12,78 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,47 |
| 3613 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991453077 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,08 | 20,08 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,47 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|-----------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3614 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991423568 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,42 |
| 3615 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991086626 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,71 | 24,95 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,34 |
| 3616 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991453299 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,08 | 20,08 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,47 |
| 3617 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991423575 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,98 | 21,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,42 |
| 3618 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990818150 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,44 | 24,66 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,05 |
| 3619 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991453305 | 2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,15 | 38,28 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,05 |
| 3620 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991423582 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,89 | 39,06 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,83 |
| 3621 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991086633 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,42 | 48,02 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 22,79 |
| 3622 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909997077604 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,80 | 13,91 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,60 |
| 3623 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 tabl. | 05909997077628 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 25,22 | 30,73 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,12 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3624 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 05909997077635 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,02 | 37,13 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 18,21 |
| 3625 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05901878600901 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,02 | 18,97 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,36 |
| 3626 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05903792743566 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 14,04 | 18,99 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,38 |
| 3627 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909997077673 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,60 | 26,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,32 |
| 3628 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05901878600864 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,04 | 36,07 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,84 |
| 3629 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05903792743542 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,08 | 36,11 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,88 |
| 3630 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 tabl. | 05909997077697 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 50,44 | 59,59 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 34,36 |
| 3631 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05901878600871 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,06 | 52,79 | 52,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,84 |
| 3632 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05903792743559 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 42,12 | 52,86 | 52,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 15,86 |
| 3633 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05909997077703 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 60,05 | 71,68 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 33,84 |
| 3634 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990840472 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,10 | 13,18 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,87 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-----------------------------|---------------------------|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3635 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990840489 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,11 | 20,12 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,51 |
| 3636 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990840557 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,85 |
| 3637 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990840564 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 30,22 | 38,36 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,13 |
| 3638 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990941841 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,48 | 11,47 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,16 |
| 3639 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990941926 | 2021-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 16,96 | 22,06 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,45 |
| 3640 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05903060616684 | 2021-07-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,55 | 10,50 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,19 |
| 3641 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05903060616660 | 2021-07-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,55 | 10,50 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,19 |
| 3642 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05903060616721 | 2021-07-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,11 | 20,12 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,51 |
| 3643 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05903060616707 | 2021-07-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,11 | 20,12 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,51 |
| 3644 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05909991338626 | 2021-03-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,08 | 13,15 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,84 |
| 3645 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05909991338541 | 2021-03-01 | 2 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,08 | 13,15 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3646 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05909991338787 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,15 | 25,41 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,80 |
| 3647 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05909991338701 | 2021-03-01 | 2 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,15 | 25,41 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,80 |
| 3648 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991056247 | 2022-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 29,65 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,04 |
| 3649 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991056773 | 2022-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 29,65 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,04 |
| 3650 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991080051 | 2022-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 29,77 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,16 |
| 3651 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991080174 | 2022-07-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 29,77 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,16 |
| 3652 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909991020026 | 2022-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,35 | 37,17 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,56 |
| 3653 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909990653027 | 2022-01-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,08 | 37,94 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 25,33 |
| 3654 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079451 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,40 | 15,59 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,28 |
| 3655 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079598 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,80 | 30,29 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |
| 3656 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991079703 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,80 | 30,29 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,68 |
| 3657 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388157 | 2019-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,50 | 12,55 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,24 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3658 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388188 | 2019-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,01 | 24,21 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,60 |
| 3659 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991388218 | 2019-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,01 | 24,21 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,60 |
| 3660 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073732 | 2019-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 15,28 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,97 |
| 3661 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073848 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 29,65 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,04 |
| 3662 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991073909 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 29,65 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,04 |
| 3663 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991410667 | 2021-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,23 | 22,34 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,73 |
| 3664 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991421816 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,82 | 22,96 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 3665 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417932 | 2021-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,89 | 11,90 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,59 |
| 3666 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417963 | 2021-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,78 | 22,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,31 |
| 3667 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991418007 | 2021-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,78 | 22,92 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,31 |
| 3668 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082338 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,50 | 16,75 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,44 |
| 3669 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082529 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3670 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082598 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,00 | 32,60 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,99 |
| 3671 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991095994 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,60 | 14,75 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,44 |
| 3672 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096007 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |
| 3673 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991096038 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |
| 3674 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096045 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,40 | 55,35 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,12 |
| 3675 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991096069 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,20 | 28,61 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,00 |
| 3676 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991096076 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 46,40 | 55,35 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,12 |
| 3677 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045180 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 15,04 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,73 |
| 3678 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045203 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,76 | 29,20 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,59 |
| 3679 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045265 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,24 | 45,75 | 27,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 26,83 |
| 3680 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045692 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,76 | 29,20 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,59 |
| 3681 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045722 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 47,52 | 56,53 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 31,30 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3682 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045746 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 76,47 | 88,92 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 51,08 |
| 3683 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991045807 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,76 | 29,20 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,59 |
| 3684 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991045852 | 2021-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 47,52 | 56,53 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 31,30 |
| 3685 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 84 szt. | 05909991045876 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 76,47 | 88,92 | 54,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 51,08 |
| 3686 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081874 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 8,61 | 11,61 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,30 |
| 3687 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081898 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3688 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081942 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3689 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081966 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,44 | 42,79 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,56 |
| 3690 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082062 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,22 | 22,33 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,72 |
| 3691 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 56 szt. | 05909991082086 | 2021-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,44 | 42,79 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,56 |
| 3692 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226381 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,15 | 15,32 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,01 |
| 3693 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330040 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,80 | 22,94 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,33 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3694 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226398 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 29,77 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,16 |
| 3695 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330057 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 44,01 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,78 |
| 3696 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991226404 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 29,77 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,16 |
| 3697 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991330064 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,60 | 44,01 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 18,78 |
| 3698 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,46 | 62,59 | 34,50 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 34,06 |
| 3699 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 53,46 | 62,59 | 34,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 38,44 |
| 3700 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,59 | 13,20 | 6,90 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 9,50 |
| 3701 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 10,59 | 13,20 | 6,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,37 |
| 3702 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 26,46 | 31,92 | 17,25 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 17,87 |
| 3703 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 | 2022-01-01 | 3 lata | 76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne | 26,46 | 31,92 | 17,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,85 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3704 | 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 | 17,82 | 20,91 | 7,39 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 16,72 |
| 3705 | 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 | 17,82 | 20,91 | 7,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,74 |
| 3706 | 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 | 31,81 | 37,73 | 18,48 | Przerost gruczołu krokowego | | ryczałt | 22,45 |
| 3707 | 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 | 31,81 | 37,73 | 18,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,79 |
| 3708 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990621057 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 19,87 | 26,05 | 22,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,78 |
| 3709 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990621064 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 39,74 | 49,79 | 45,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 27,24 |
| 3710 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 | 2021-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 16,74 | 22,78 | 22,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,51 |
| 3711 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990419050 | 2022-01-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 35,28 | 45,10 | 45,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,55 |
| 3712 | Terbinafinum | Zelefion, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990645503 | 2019-11-01 | 3 lata | 50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina | 38,88 | 48,88 | 45,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,33 |
| 3713 | tert-Butylamini Perindoprilum | Prelessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990662494 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,22 | 24,18 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 20,03 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---|--------------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3714 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990653614 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 7,87 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,79 |
| 3715 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990653621 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 15,42 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,27 |
| 3716 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 30 szt. | 05909990908165 | 2022-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,15 | 14,38 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,30 |
| 3717 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 30 szt. | 05909990908134 | 2022-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,15 | 14,38 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,30 |
| 3718 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 30 szt. | 05909990908240 | 2022-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 28,47 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,32 |
| 3719 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 30 szt. | 05909990908196 | 2022-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,30 | 28,47 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 24,32 |
| 3720 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001860 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,94 | 12,07 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,99 |
| 3721 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001877 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,80 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,65 |
| 3722 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001839 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,94 | 12,07 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,99 |
| 3723 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001846 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,80 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3724 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001921 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,80 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,65 |
| 3725 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001938 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,74 | 46,50 | 21,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 38,20 |
| 3726 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001891 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,87 | 23,80 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,65 |
| 3727 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001907 | 2019-09-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 39,74 | 46,50 | 21,10 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 38,20 |
| 3728 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prepressa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 05909990850167 | 2022-05-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,59 | 25,62 | 10,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 21,47 |
| 3729 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prepressa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. | 05909990746569 | 2022-01-01 | 3 lata | 44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone | 13,28 | 15,57 | 5,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,49 |
| 3730 | Tetrabenazinum | Tetmodis, tabl., 25 mg | 112 szt. | 05909990805594 | 2020-01-01 | 3 lata | 238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyne | 432,00 | 477,44 | 477,44 | Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona | | ryczałt | 3,20 |
| 3731 | Theophylline | Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990803910 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 6,24 | 8,31 | 5,99 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 5,52 |
| 3732 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. | 09120099670104 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 6,10 | 7,83 | 4,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,24 |
| 3733 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. | 09120099670111 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 7,99 | 10,48 | 7,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 6,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3734 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990261215 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci o przedłużonym uwalnianiu | 8,41 | 11,98 | 11,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | bradykardia u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 4,00 |
| 3735 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powł., 6,5 mg | 50 szt. | 05909990242511 | 2022-01-01 | 3 lata | 206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwiwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego | 18,36 | 24,64 | 24,64 | Nowotwory złośliwe | | ryczałt | 3,20 |
| 3736 | Thiethylperazinum | Torecan, tabl. powł., 6,5 mg | 50 szt. | 05909990242511 | 2022-01-01 | 3 lata | 206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwiwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego | 18,36 | 24,64 | 24,64 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,39 |
| 3737 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powł., 10 mg | 50 szt. | 05909990058839 | 2022-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne | 162,00 | 186,85 | 186,85 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 3738 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powł., 15 mg | 50 szt. | 05909990058846 | 2022-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne | 246,24 | 277,43 | 277,43 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 3,20 |
| 3739 | Tiagabinum | Gabitril, tabl. powł., 5 mg | 50 szt. | 05909990058822 | 2022-01-01 | 3 lata | 162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne | 77,76 | 94,40 | 93,42 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 4,18 |
| 3740 | Tianeptinum | Atinepte, tabl. powł., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990997152 | 2021-03-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,15 | 19,86 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,04 |
| 3741 | Tianeptinum natriicum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991290016 | 2021-11-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,26 | 13,67 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,85 |
| 3742 | Tianeptinum natriicum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991265984 | 2020-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,31 | 13,73 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 6,91 |
| 3743 | Tianeptinum natriicum | Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg | 30 szt. | 05909991267131 | 2022-07-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 11,83 | 15,32 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,50 |
| 3744 | Tianeptinum natriicum | Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990370214 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,68 | 20,41 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,59 |
| 3745 | Tianeptinum natriicum | Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990875245 | 2019-11-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,16 | 19,87 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 13,05 |
| 3746 | Tianeptinum natriicum | Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg | 90 szt. | 05909991201821 | 2021-09-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 40,49 | 48,61 | 29,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 28,15 |
| 3747 | Ticlopidini hydrochloridum | Aclostin, tabl. powł., 0,25 g | 20 szt. | 05909990667116 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna | 9,09 | 12,84 | 11,57 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,74 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------------|---|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3748 | Ticlopidini hydrochloridum | Aclofin, tabl. powł., 0,25 g | 60 szt. | 05909990334971 | 2022-01-01 | 3 lata | 23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna | 26,68 | 34,72 | 34,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,42 |
| 3749 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 | 2022-01-01 | 3 lata | 213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu | 4,31 | 5,91 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 2,53 |
| 3750 | 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 | 3,28 | 4,83 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 1,45 |
| 3751 | 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 | 3,28 | 4,83 | 4,83 | Jaskra | | 30% | 1,45 |
| 3752 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2019-11-01 | 3 lata | 234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina | 415,25 | 459,41 | 459,41 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3753 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2022-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3754 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 | 2022-03-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |
| 3755 | 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 | 96,66 | 114,47 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 15,11 |
| 3756 | 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 | 96,66 | 114,47 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 42,68 |
| 3757 | 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 | 96,66 | 114,47 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 15,11 |
| 3758 | 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 | 96,66 | 114,47 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 42,68 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|------------------------------|--|--|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3759 | Tiotropium | Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 | 2022-01-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 102,60 | 120,71 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące | | 30% | 48,92 |
| 3760 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3761 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |
| 3762 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową | | ryczałt | 3,20 |
| 3763 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 | 2022-07-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 85,31 | 102,56 | 102,56 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,77 |
| 3764 | Tizanidinum | Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg | 30 szt. | 05909990671410 | 2022-01-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 43,79 | 53,67 | 43,53 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 23,20 |
| 3765 | Tizanidinum | Tizanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990784486 | 2022-05-01 | 3 lata | 144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna | 21,96 | 29,02 | 29,02 | Stwardnienie rozsiane | | 30% | 8,71 |
| 3766 | 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 | 11,61 | 14,63 | 8,04 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 9,00 |
| 3767 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991055271 | 2022-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 18,41 | 23,42 | 16,08 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,16 |
| 3768 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 90 szt. | 05909991139520 | 2021-09-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 60,48 | 72,17 | 51,68 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 35,99 |
| 3769 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991035235 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 11,60 | 14,62 | 8,04 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 8,99 |
| 3770 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991035549 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 23,20 | 28,45 | 16,08 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 17,19 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|---------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3771 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991023485 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 9,37 | 12,28 | 8,04 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 6,65 |
| 3772 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991023522 | 2022-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 18,75 | 23,78 | 16,08 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 12,52 |
| 3773 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991008642 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,81 | 25,08 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 13,02 |
| 3774 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991008666 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 19,81 | 25,08 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 13,02 |
| 3775 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991008680 | 2021-03-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 39,61 | 48,26 | 34,45 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 24,15 |
| 3776 | Tolterodini tartras | Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991437473 | 2021-07-01 | 3 lata | 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna | 18,62 | 23,83 | 17,23 | Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym | | 30% | 11,77 |
| 3777 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990649594 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 27,95 | 36,15 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,60 |
| 3778 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powł., 200 mg | 28 szt. | 05909990649617 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 55,90 | 68,93 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,63 |
| 3779 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909990649556 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 6,98 | 9,98 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,74 |
| 3780 | Topiramatum | Epitoram, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990649570 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 13,98 | 19,04 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,36 |
| 3781 | Topiramatum | Etopro, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990061495 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 29,75 | 38,04 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,49 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3782 | Topiramatum | Etopro, tabl. powł., 200 mg | 28 szt. | 05909990061464 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 58,75 | 71,92 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 7,62 |
| 3783 | Topiramatum | Etopro, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909990061488 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 7,34 | 10,36 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,12 |
| 3784 | Topiramatum | Etopro, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990061471 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 14,69 | 19,78 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,10 |
| 3785 | Topiramatum | Oritop, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909990715169 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 56,16 | 69,61 | 69,61 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3786 | Topiramatum | Oritop, tabl. powł., 25 mg | 60 szt. | 05909990715084 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 16,20 | 21,58 | 18,08 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,70 |
| 3787 | Topiramatum | Oritop, tabl. powł., 50 mg | 60 szt. | 05909990715145 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 30,24 | 38,85 | 36,16 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,89 |
| 3788 | Topiramatum | Topamax, tabl. powł., 100 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759019 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 28,94 | 37,19 | 33,75 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 6,64 |
| 3789 | Topiramatum | Topamax, tabl. powł., 200 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990759118 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 54,54 | 67,50 | 67,50 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3790 | Topiramatum | Topamax, tabl. powł., 25 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758814 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 11,19 | 14,40 | 8,44 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 9,16 |
| 3791 | Topiramatum | Topamax, tabl. powł., 50 mg | 1 but.po 28 szt. | 05909990758913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 14,47 | 19,54 | 16,88 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,86 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--------------------------|---|----------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3792 | Topiramatum | Toramat, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671496 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 28,73 | 37,28 | 36,16 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,32 |
| 3793 | Topiramatum | Toramat, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990671502 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 57,46 | 70,97 | 70,97 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 3,20 |
| 3794 | Topiramatum | Toramat, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. (blister) | 05909990671472 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 7,18 | 10,34 | 9,04 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,50 |
| 3795 | Topiramatum | Toramat, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990671489 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat | 14,36 | 19,65 | 18,08 | Padaczka oporna na leczenie | zespół Tourette'a | ryczałt | 4,77 |
| 3796 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,52 | 9,37 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,86 |
| 3797 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990969012 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,52 | 9,37 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,50 |
| 3798 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 62,59 | 76,68 | 75,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 23,77 |
| 3799 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml | 05909990969029 | 2019-11-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 62,59 | 76,68 | 75,58 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,10 |
| 3800 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. | 05909990968718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,84 | 8,13 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,62 |
| 3801 | Tramadoli hydrochloridum | Poltram, kaps., 50 mg | 20 szt. | 05909990968718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,84 | 8,13 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,68 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|---------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
| 3802 | 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 | 5,86 | 8,15 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,64 |
| 3803 | 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 | 5,86 | 8,15 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,70 |
| 3804 | 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 | 17,67 | 23,05 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,51 |
| 3805 | 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 | 17,67 | 23,05 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,70 |
| 3806 | 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 | 29,11 | 36,82 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,25 |
| 3807 | 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 | 29,11 | 36,82 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,57 |
| 3808 | 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 | 8,80 | 11,99 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,21 |
| 3809 | 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 | 8,80 | 11,99 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,31 |
| 3810 | 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 | 28,06 | 35,34 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,02 |
| 3811 | 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 | 28,06 | 35,34 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,31 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3812 | 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 | 43,96 | 54,29 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,42 |
| 3813 | 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 | 43,96 | 54,29 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,91 |
| 3814 | 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 | 11,74 | 15,83 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,80 |
| 3815 | 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 | 11,74 | 15,83 | 12,90 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,93 |
| 3816 | 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 | 34,99 | 43,75 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,66 |
| 3817 | 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 | 34,99 | 43,75 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 5,05 |
| 3818 | 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 | 58,68 | 71,11 | 64,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 25,96 |
| 3819 | 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 | 58,68 | 71,11 | 64,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 6,61 |
| 3820 | Tramadolii hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 | 2020-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,99 | 7,24 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |
| 3821 | Tramadolii hydrochloridum | Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991362300 | 2020-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 4,99 | 7,24 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,79 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3822 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 03838989704100 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,55 | 20,83 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,29 |
| 3823 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 03838989704100 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,55 | 20,83 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,48 |
| 3824 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 03838989704117 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,47 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,90 |
| 3825 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 03838989704117 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,47 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,22 |
| 3826 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 03838989704124 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,33 | 30,39 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,07 |
| 3827 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 03838989704124 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,33 | 30,39 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,36 |
| 3828 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 03838989704131 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,95 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,08 |
| 3829 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 03838989704131 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,88 | 48,95 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,57 |
| 3830 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 03838989704148 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 39,67 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,58 |
| 3831 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 30 szt. | 03838989704148 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 31,10 | 39,67 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,97 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3832 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 03838989704155 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 51,84 | 63,93 | 63,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,18 |
| 3833 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 03838989704155 | 2019-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 51,84 | 63,93 | 63,93 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3834 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 | 2022-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,18 | 7,44 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,93 |
| 3835 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909991376819 | 2022-07-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,18 | 7,44 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,99 |
| 3836 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,18 | 12,16 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,65 |
| 3837 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990294718 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 9,18 | 12,16 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 4,29 |
| 3838 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,24 | 9,60 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,09 |
| 3839 | Tramadoli hydrochloridum | Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990294619 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,24 | 9,60 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,15 |
| 3840 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,26 | 9,09 | 7,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,58 |
| 3841 | Tramadoli hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 10 ml | 05909990253913 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 6,26 | 9,09 | 7,87 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,22 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3842 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 61,54 | 75,58 | 75,58 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 22,67 |
| 3843 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml | 1 but.po 96 ml z pompką | 05909990253920 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne | 61,54 | 75,58 | 75,58 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3844 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 7,90 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,39 |
| 3845 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, kaps. twarde, 50 mg | 20 szt. | 05909990253616 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,62 | 7,90 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,45 |
| 3846 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,58 |
| 3847 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990253814 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 4,17 | 5,65 | 4,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,27 |
| 3848 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,63 |
| 3849 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990253821 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego | 6,05 | 8,76 | 8,76 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3850 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,62 | 6,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,11 |
| 3851 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 10 szt. | 05909990786213 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,62 | 6,45 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,17 |
| 3852 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,18 | 21,49 | 19,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,95 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3853 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 30 szt. | 05909990786220 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,18 | 21,49 | 19,35 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,14 |
| 3854 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,78 | 34,37 | 32,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,80 |
| 3855 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg | 50 szt. | 05909990786237 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 26,78 | 34,37 | 32,25 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,12 |
| 3856 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,01 | 11,16 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,38 |
| 3857 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 10 szt. | 05909990786312 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 8,01 | 11,16 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,48 |
| 3858 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,36 | 30,41 | 29,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,09 |
| 3859 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909990786329 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,36 | 30,41 | 29,03 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,38 |
| 3860 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,09 | 50,22 | 48,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,35 |
| 3861 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990786336 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 40,09 | 50,22 | 48,38 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,84 |
| 3862 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,74 | 14,78 | 12,90 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,75 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3863 | Tramadolii hydrochloridum | Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 10 szt. | 05909990786411 | 2022-01-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,74 | 14,78 | 12,90 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,88 |
| 3864 | 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 | 32,21 | 40,82 | 38,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,73 |
| 3865 | 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 | 32,21 | 40,82 | 38,70 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 2,12 |
| 3866 | 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 | 53,68 | 65,87 | 64,50 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,72 |
| 3867 | 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 | 53,68 | 65,87 | 64,50 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 3868 | 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 | 5,40 | 6,67 | 3,23 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,41 |
| 3869 | 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 | 5,40 | 6,67 | 3,23 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 3,44 |
| 3870 | 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 | 7,99 | 11,14 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,36 |
| 3871 | 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 | 7,99 | 11,14 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,46 |
| 3872 | 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 | 13,39 | 18,06 | 16,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,77 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|--|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3873 | 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 | 13,39 | 18,06 | 16,13 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 1,93 |
| 3874 | 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 | 10,79 | 15,08 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,92 |
| 3875 | 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 | 10,79 | 15,08 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,57 |
| 3876 | 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 | 16,09 | 21,77 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,53 |
| 3877 | 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 | 16,09 | 21,77 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3878 | 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 | 21,58 | 28,54 | 28,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,56 |
| 3879 | 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 | 21,58 | 28,54 | 28,54 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3880 | 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 | 32,18 | 41,36 | 41,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,41 |
| 3881 | 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 | 32,18 | 41,36 | 41,36 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3882 | 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 | 5,35 | 7,81 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3883 | 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 | 5,35 | 7,81 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,55 |
| 3884 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,63 | 14,91 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,75 |
| 3885 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990971794 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,63 | 14,91 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,40 |
| 3886 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,94 | 21,62 | 21,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,49 |
| 3887 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg | 90 szt. | 03830070471243 | 2021-03-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 15,94 | 21,62 | 21,62 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3888 | 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 | 5,36 | 7,82 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,74 |
| 3889 | 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 | 5,36 | 7,82 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,56 |
| 3890 | 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 | 10,72 | 15,01 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,85 |
| 3891 | 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 | 10,72 | 15,01 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,50 |
| 3892 | 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 | 16,09 | 21,77 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,53 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3893 | 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 | 16,09 | 21,77 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3894 | 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 | 10,53 | 14,81 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,65 |
| 3895 | 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 | 10,53 | 14,81 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,30 |
| 3896 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,59 | 5,27 | 4,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 1,88 |
| 3897 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 20 szt. | 05909990840984 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 3,59 | 5,27 | 4,84 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,43 |
| 3898 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,45 | 7,91 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,83 |
| 3899 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990840991 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,45 | 7,91 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,65 |
| 3900 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 15,21 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,05 |
| 3901 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 60 szt. | 05909990841004 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,91 | 15,21 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,70 |
| 3902 | Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,36 | 22,06 | 21,77 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,82 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3903 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium | Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg | 90 szt. | 05909990981472 | 2021-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 16,36 | 22,06 | 21,77 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,29 |
| 3904 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium | Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,84 | 23,98 | 23,98 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,19 |
| 3905 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium | Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg | 100 szt. | 05909990959563 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 17,84 | 23,98 | 23,98 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3906 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium | Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,73 |
| 3907 | Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium | Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg | 30 szt. | 05909990959457 | 2020-09-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 5,35 | 7,81 | 7,26 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,55 |
| 3908 | Tramadoli 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 | 10,71 | 15,00 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,84 |
| 3909 | Tramadoli 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 | 10,71 | 15,00 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 3910 | Tramadolum + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,14 | 10,25 | 9,68 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,47 |
| 3911 | Tramadolum + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 20 szt. | 05909991283735 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 7,14 | 10,25 | 9,68 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,57 |
| 3912 | Tramadolum + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3913 | Tramadolium + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 30 szt. | 05909991283742 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 10,71 | 15,00 | 14,51 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,49 |
| 3914 | Tramadolium + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,52 |
| 3915 | Tramadolium + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 60 szt. | 05909991283759 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 21,44 | 28,39 | 28,39 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3916 | Tramadolium + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,15 | 41,33 | 41,33 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,40 |
| 3917 | Tramadolium + Paracetamolium | Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg | 90 szt. | 05909991283766 | 2021-11-01 | 3 lata | 153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 32,15 | 41,33 | 41,33 | Nowotwory złośliwe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 3918 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05906414003161 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,43 | 35,41 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 7,00 |
| 3919 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05906414003178 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 82,30 | 99,03 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 12,20 |
| 3920 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05900411002554 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 109,73 | 129,21 | 126,44 | Jaskra | | ryczałt | 13,44 |
| 3921 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,48 | 37,56 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 9,15 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3922 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 | 2022-05-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,30 | 35,28 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 6,87 |
| 3923 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 | 2021-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 27,30 | 35,28 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 6,87 |
| 3924 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 | 2021-09-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 81,91 | 98,62 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 11,79 |
| 3925 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 35,81 | 44,20 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 15,79 |
| 3926 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,97 | 38,08 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 9,67 |
| 3927 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 89,91 | 107,02 | 94,83 | Jaskra | | ryczałt | 20,19 |
| 3928 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 119,88 | 139,85 | 126,44 | Jaskra | | ryczałt | 24,08 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3929 | Travoprostum + Timololum | Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991447106 | 2022-01-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,76 | 31,56 | 31,56 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 3930 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 | 2020-03-01 | 3 lata | 214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone | 29,97 | 38,08 | 31,61 | Jaskra | | ryczałt | 9,67 |
| 3931 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990918720 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,42 | 21,20 | 9,74 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 14,38 |
| 3932 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990715497 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 50,33 | 58,96 | 29,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 38,50 |
| 3933 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990918621 | 2022-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 13,27 | 16,23 | 7,31 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 11,11 |
| 3934 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991094645 | 2021-09-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 25,16 | 30,32 | 14,62 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 20,09 |
| 3935 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991094799 | 2021-01-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 50,76 | 59,40 | 29,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 38,94 |
| 3936 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 05909990915446 | 2021-11-01 | 3 lata | 82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon | 15,64 | 21,20 | 21,20 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,36 |
| 3937 | Triptorelinum | Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg | 1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990894413 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 559,44 | 612,54 | 557,78 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 64,36 |
| 3938 | Triptorelinum | Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg | 1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990486915 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 268,92 | 298,73 | 173,53 | Nowotwory złośliwe - Rak prostaty | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 128,40 |
| 3939 | Triptorelinum | Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml | 7 amp.-strz.po 1 ml | 05909990707553 | 2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę | 146,50 | 170,03 | 170,03 | Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli | obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu | ryczałt | 3,20 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|--------------------------------------|--|--|----------------|------------|--------|---|--------|--------|--------|---|----|---------|-------|
| 3940 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125524 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 7,78 | 12,11 | 12,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3941 | Tropicamidum | Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990125623 | 2022-01-01 | 3 lata | 226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu | 11,66 | 16,19 | 16,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 3942 | Umeclidinii bromidum | Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg | 30 daw. | 05909991108953 | 2020-09-01 | 3 lata | 201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe | 101,87 | 119,94 | 102,56 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 48,15 |
| 3943 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolium | Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg | 1 inhalator po 30 dawek | 05909991108984 | 2021-03-01 | 3 lata | 201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu | 151,20 | 175,12 | 173,53 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia | | 30% | 53,65 |
| 3944 | Urofollitropinum | Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml | 1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml | 05909991083212 | 2021-07-01 | 3 lata | 69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny | 56,16 | 70,75 | 70,75 | Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację 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 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3945 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigenis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana) | Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulkach - strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991347352 | 2020-09-01 | 2 lata | 247,0, Szczepionki przeciw grypie | 40,71 | 51,56 | 51,56 | Profilaktyka grypy u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży | | 50% | 25,78 |
| 3946 | Valganciclovirum | Valcyclox, tabletki powlekane, 450 mg | 60 tabl. | 05909991228620 | 2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116,0, Leki przeciwwirusowe - walgancyclovir - postaci do stosowania doustnego | 918,00 | 987,74 | 477,44 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszkowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie | zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie | ryczałt | 513,50 |
| 3947 | Valganciclovirum | Valcyte, proszek do sporządzenia roztworu doustnego, 50 mg/ml | 1 but.po 12 g | 05902768001082 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01-<2>2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116,2, Leki przeciwwirusowe - walgancyclovir do stosowania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne | 955,80 | 1041,18 | 1041,18 | Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszkowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancycloviru 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 walgancycloviru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | <1>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 - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancycloviru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancycloviru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancycloviru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3948 | Valganciclovirum | Valhit, tabl. powł., 450 mg | 60 szt. | 05909991284381 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 116.0, Leki przeciwwirusowe - valgancyclovir - postaci do stosowania doustnego | 432,00 | 477,44 | 477,44 | <1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszkowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; <2>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie | zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych 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 |
| 3949 | Valsartanum | Avasart, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990773763 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,20 | 25,46 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,85 |
| 3950 | Valsartanum | Avasart, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990773695 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,25 | 13,33 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,02 |
| 3951 | Valsartanum | Bespres, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990751877 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,66 | 24,89 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 12,28 |
| 3952 | Valsartanum | Bespres, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990751594 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,83 | 12,89 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,58 |
| 3953 | Valsartanum | Diovan, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990929214 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 26,58 | 32,16 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,55 |
| 3954 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990831067 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,42 |
| 3955 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg | 56 szt. | 05909990831081 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,29 | 40,53 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 15,30 |
| 3956 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909990831159 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 21,09 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|-------------------|---|-----------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3957 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990830961 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,37 | 13,46 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,15 |
| 3958 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg | 56 szt. | 05909990830985 | 2021-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,71 | 20,75 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 8,14 |
| 3959 | Valsartanum | Tensart, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,74 | 23,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 11,32 |
| 3960 | Valsartanum | Tensart, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,72 | 12,78 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 6,47 |
| 3961 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,50 | 25,79 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,18 |
| 3962 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 60 szt. | 05909990818983 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 43,92 | 53,05 | 38,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 26,02 |
| 3963 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 90 szt. | 05909990818990 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 64,80 | 76,97 | 57,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 36,43 |
| 3964 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909991460914 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,65 | 31,46 | 31,46 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,44 |
| 3965 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909991455798 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 23,73 | 31,55 | 31,55 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,47 |
| 3966 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909990779147 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,00 | 49,68 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 24,45 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3967 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (4 blist. po 7 szt.) | 05909990074945 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,25 | 13,33 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,02 |
| 3968 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 60 szt. | 05909990818853 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,97 | 27,52 | 19,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 14,00 |
| 3969 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 90 szt. | 05909990818860 | 2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 32,40 | 39,84 | 28,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 19,57 |
| 3970 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909991282608 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 11,88 | 16,72 | 16,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,02 |
| 3971 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991282455 | 2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 5,94 | 8,81 | 8,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,64 |
| 3972 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 16,96 | 16,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,09 |
| 3973 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 160 mg | 56 szt. | 05909991088118 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 32,03 | 32,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 9,61 |
| 3974 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 6,21 | 9,09 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 2,78 |
| 3975 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 80 mg | 56 szt. | 05909991088101 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,29 | 17,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,19 |
| 3976 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,36 | 23,53 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 10,92 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|------------------------------------|--|-------------------------------|--|--|--|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3977 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,18 | 12,21 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 5,90 |
| 3978 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 13,42 |
| 3979 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2022-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,37 | 13,46 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia | 30% | 7,15 |
| 3980 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg | 28 szt. | 05909991325749 | 2017-09-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 28,62 | 36,68 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,45 |
| 3981 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991325572 | 2017-09-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 7,15 | 10,08 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,77 |
| 3982 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990874255 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,74 | 26,03 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,42 |
| 3983 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991282028 | 2019-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,88 | 20,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 3984 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991305949 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 15,88 | 20,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,32 |
| 3985 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist. po 14 szt.) | 05909990740864 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,84 | 26,13 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,52 |
| 3986 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740833 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,75 | 12,81 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,50 |
| 3987 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829989 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,79 | 26,08 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,47 |
| 3988 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909990830008 | 2021-11-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 31,01 | 39,19 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,96 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 3989 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990830107 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,79 | 26,08 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,47 |
| 3990 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg | 56 szt. | 05909990830138 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,56 | 42,92 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 17,69 |
| 3991 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990830176 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,09 |
| 3992 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990830244 | 2019-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 37,80 | 46,32 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,09 |
| 3993 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829927 | 2022-03-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,40 | 13,49 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,18 |
| 3994 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909990829941 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 17,28 | 22,39 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,78 |
| 3995 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740246 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,50 | 25,79 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,18 |
| 3996 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740253 | 2018-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 3997 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740260 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 66,96 | 79,63 | 63,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,48 |
| 3998 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990740277 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 20,50 | 25,79 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,18 |
| 3999 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 56 tabl. | 05909990740284 | 2018-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 38,34 | 46,89 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 21,66 |
| 4000 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 98 szt. | 05909990740291 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 66,96 | 79,63 | 63,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 35,48 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4001 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990847464 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,00 | 49,68 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,45 |
| 4002 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990847501 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 41,00 | 49,68 | 36,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 24,45 |
| 4003 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 tabl. | 05909990740192 | 2018-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 9,61 | 12,66 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,35 |
| 4004 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740208 | 2018-01-01 | 5 lat | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 19,17 | 24,38 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,77 |
| 4005 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740239 | 2022-07-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 33,48 | 41,26 | 31,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 19,18 |
| 4006 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704132 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,74 | 23,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,32 |
| 4007 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704262 | 2022-01-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 18,74 | 23,93 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 11,32 |
| 4008 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990801961 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,10 | 16,96 | 16,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,09 |
| 4009 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909991067557 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,19 | 32,03 | 32,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,61 |
| 4010 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990802005 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 12,42 | 17,29 | 17,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,19 |
| 4011 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 05909991067564 | 2020-09-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 24,84 | 32,71 | 32,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,81 |
| 4012 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862375 | 2022-05-01 | 3 lata | 45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,55 | 26,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4013 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990862399 | 2022-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 21,55 | 26,88 | 18,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 14,27 |
| 4014 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862351 | 2022-05-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 10,26 | 13,34 | 9,01 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,03 |
| 4015 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990047956 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 32,40 | 41,55 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 12,90 |
| 4016 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991394400 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 21,82 | 30,80 | 30,80 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,24 |
| 4017 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991383886 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 27,00 | 36,24 | 36,24 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,87 |
| 4018 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991197735 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 68,48 | 83,59 | 83,59 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 25,08 |
| 4019 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990047901 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,72 | 12,18 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,02 |
| 4020 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990047895 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,20 | 21,87 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,55 |
| 4021 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991383978 | 2022-03-01 - dla kolumny 12, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,86 | 16,50 | 16,50 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,95 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4022 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991394318 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 10,91 | 16,56 | 16,56 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,97 |
| 4023 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 szt. | 05909991197728 | 2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,25 | 43,85 | 43,85 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,16 |
| 4024 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 33,26 | 42,45 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 13,80 |
| 4025 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,64 | 12,09 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,93 |
| 4026 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,63 | 22,32 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,00 |
| 4027 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990494019 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,02 | 43,25 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,60 |
| 4028 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990493913 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 18,58 | 24,36 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,04 |
| 4029 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 33,48 | 42,68 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,03 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4030 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990715299 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,34 | 10,73 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,57 |
| 4031 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,74 | 22,44 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,12 |
| 4032 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 27,86 | 36,78 | 36,78 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 11,03 |
| 4033 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990721498 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,97 | 10,34 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 3,18 |
| 4034 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 13,93 | 19,49 | 19,49 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,85 |
| 4035 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 36,18 | 45,52 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 16,87 |
| 4036 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990691760 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,05 | 12,52 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,36 |
| 4037 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990691906 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,70 | 23,45 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,13 |
| 4038 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991377168 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 31,97 | 41,10 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 12,45 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4039 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991377502 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 7,99 | 11,41 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,25 |
| 4040 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991377359 | 2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,98 | 21,64 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,32 |
| 4041 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990795826 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,68 | 31,34 | 31,34 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,40 |
| 4042 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 05909990795833 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 77,76 | 96,02 | 96,02 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 28,81 |
| 4043 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990795802 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,48 | 9,82 | 9,82 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 2,95 |
| 4044 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 98 szt. | 05909990795819 | 2022-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,14 | 30,15 | 30,15 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,05 |
| 4045 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990795789 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 12,96 | 18,47 | 18,47 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,54 |
| 4046 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 05909990795796 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 42,66 | 55,16 | 55,16 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 16,55 |
| 4047 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990727520 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 38,97 | 48,45 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 19,80 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4048 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990727490 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 9,71 | 13,22 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 6,06 |
| 4049 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990727506 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 19,47 | 25,30 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 10,98 |
| 4050 | Venlafaxinum | Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991092030 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 22,12 | 30,76 | 30,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 9,23 |
| 4051 | Venlafaxinum | Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 kaps. | 05909991135096 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 6,32 | 9,66 | 9,66 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 2,90 |
| 4052 | Venlafaxinum | Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991091996 | 2022-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 12,83 | 18,33 | 18,33 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 5,50 |
| 4053 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 28 szt. | 05909991093815 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,64 | 12,09 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,93 |
| 4054 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 56 szt. | 05909991093822 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,28 | 23,00 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,68 |
| 4055 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991093914 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,28 | 23,00 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,68 |
| 4056 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991093921 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,56 | 43,82 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 15,17 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4057 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990056293 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,04 | 43,27 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 14,62 |
| 4058 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990055982 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,51 | 11,96 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,80 |
| 4059 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990056279 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,02 | 22,73 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,41 |
| 4060 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 16,41 | 24,76 | 24,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 7,43 |
| 4061 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,21 | 13,48 | 13,48 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,04 |
| 4062 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. | 05909990424672 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 34,78 | 44,04 | 40,93 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 15,39 |
| 4063 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. | 05909990040971 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 8,64 | 12,09 | 10,23 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 4,93 |
| 4064 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. | 05909990040995 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13 | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 17,28 | 23,00 | 20,46 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | <1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy | 30% | 8,68 |
| 4065 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powł., 120 mg | 20 tabl. | 05909990045419 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil | 5,62 | 8,17 | 8,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|------|----------------------------|--|----------------------|--|---|--|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4066 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powł., 40 mg | 20 tabl. | 05909990045211 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil | 2,30 | 3,21 | 2,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,21 |
| 4067 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powł., 80 mg | 20 tabl. | 05909990045310 | 2018-01-01 | 5 lat | 42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil | 4,10 | 5,88 | 5,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,63 |
| 4068 | Vigabatrinum | Sabril, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909990312818 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne | 204,74 | 232,85 | 232,85 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4069 | 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 | 204,74 | 232,85 | 232,85 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4070 | Vigabatrinum | Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg | 50 sasz. | 05909990832712 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne | 119,75 | 140,53 | 140,53 | <1>Padaczka oporna na leczenie | stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia | ryczałt | 3,20 |
| 4071 | 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 | 119,75 | 140,53 | 140,53 | <2>Zespół Westa | | ryczałt | 3,20 |
| 4072 | Voriconazolium | Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 | 2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - worykonazol | 135,79 | 157,32 | 136,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 24,33 |
| 4073 | Voriconazolium | Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05055565731536 | 2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13 | 112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - worykonazol | 178,20 | 204,29 | 204,29 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 3,20 |
| 4074 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05702157142187 | 2022-01-01 | 2 lata | 225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna | 100,44 | 119,23 | 119,23 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny | | 30% | 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 | Urzędowa cena zbytu | 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 |
| 4075 | Vortioxetini hydrobromidum | Brintellix, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05702150152749 | 2021-07-01 | 2 lata | 225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna | 50,22 | 62,50 | 59,62 | Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny | | 30% | 20,77 |
| 4076 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. | 05909990622368 | 2022-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 14,47 | 17,86 | 9,88 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 12,25 |
| 4077 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990622382 | 2022-01-01 | 3 lata | 21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K | 23,33 | 28,44 | 16,47 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 19,08 |
| 4078 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 214.1, Alergeny kurzu domowego | 1058,40 | 1151,60 | 1151,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 33,60 |
| 4079 | Ziprasidonum | Zypsila, kaps. twarde, 80 mg | 56 szt. | 05909990681228 | 2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13 | 178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon | 184,68 | 211,26 | 211,26 | Schizofrenia | zespół Tourette'a | ryczałt | 5,97 |
| 4080 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 amp.po 1 ml | 05909990189212 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego | 12,64 | 17,28 | 14,05 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 3,23 |
| 4081 | Zuclopenthixoli decanoas | Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 05909990189229 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego | 119,75 | 140,53 | 140,53 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 4082 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powł., 10 mg | 100 szt. | 05909990126729 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 23,94 | 30,09 | 20,76 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 9,33 |
| 4083 | Zuclopenthixolum | Clopixol, tabl. powł., 25 mg | 100 szt. | 05909990126828 | 2022-01-01 | 3 lata | 179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 41,04 | 51,90 | 51,90 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------------------|---|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 | Dieta | Infatrini, płyn | 3000 ml (24 x 125 ml) | 8716900565021 | 2021-09-01 | 2 lata | 250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. | 135,00 | 154,33 | 96,50 | Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca | | ryczałt | 61,03 |
| 2 | Dieta | Infatrini Powder, proszek | 400 g | 4008976681786 | 2021-11-01 | 2 lata | 250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. | 51,80 | 64,33 | 64,33 | Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca | | ryczałt | 3,20 |
| 3 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek | 400 g | 5900852033957 | 2022-01-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 32,65 | 38,69 | 17,88 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 26,17 |
| 4 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek | 400 g | 5900852033971 | 2022-01-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 35,15 | 43,89 | 36,68 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 18,21 |
| 5 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Humana SL, proszek | 650 g | 4031244002327 | 2021-11-01 | 3 lata | 217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowo przeznaczone dla niemowląt od urodzenia | 20,89 | 27,72 | 27,72 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 8,32 |
| 6 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek | 400 g | 5016533616170 | 2019-11-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,00 | 121,78 | 115,94 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 9,04 |
| 7 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek | 400 g | 5016533649970 | 2021-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,80 | 122,62 | 115,94 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 9,88 |
| 8 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek | 400 g | 5016533649956 | 2021-07-01 | 3 lata | 217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 103,80 | 122,62 | 115,94 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 9,88 |
| 9 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Neocate LCP, proszek | 400 g | 5016533646740 | 2022-01-01 | 3 lata | 217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt | 125,50 | 146,87 | 146,87 | Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych | | ryczałt | 3,20 |
| 10 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038819 | 2020-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 37,00 | 43,53 | 19,54 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 29,85 |
| 11 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038826 | 2020-11-01 | 2 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 38,70 | 47,92 | 39,15 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 20,52 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 12 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu | 400 g | 8712045038833 | 2020-11-01 | 2 lata | 217,8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 30,35 | 39,15 | 39,15 | Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe) | | 30% | 11,75 |
| 13 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego | 400 g | 8712045027554 | 2022-07-01 | 3 lata | 217,6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci | 116,00 | 136,39 | 136,39 | Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej | | ryczałt | 3,20 |
| 14 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Nutramigen PURAMINO JUNIOR, proszek | 400 g | 8712045037201 | 2021-05-01 | 2 lata | 217,9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż. | 100,92 | 119,77 | 119,77 | Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna | | ryczałt | 3,20 |
| 15 | 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 (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 464,60 | 512,53 | 512,53 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 16 | 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 | 1008,03 | 1008,03 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 17 | 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 | 1008,03 | 1008,03 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 18 | 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 | 1008,03 | 1008,03 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 19 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka | 30 saszetek po 70 ml | 8008698021323 | 2022-01-01 | 2 lata | 216,24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż. | 461,43 | 509,11 | 502,87 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia | | ryczałt | 9,44 |
| 20 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka | 30 saszetek po 140 ml | 8008698021309 | 2022-01-01 | 2 lata | 216,24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż. | 922,86 | 1005,73 | 1005,73 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia | | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 21 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka | 30 saszetek po 70 ml | 8008698021286 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż. | 461,43 | 509,11 | 502,87 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia | | ryczałt | 9,44 |
| 22 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka | 30 saszetek po 140 ml | 8008698015476 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż. | 922,86 | 1005,73 | 1005,73 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 23 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka | 30 saszetek po 140 ml | 8008698024331 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż. | 922,86 | 1005,73 | 1005,73 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia | | ryczałt | 3,20 |
| 24 | 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 | 236,50 | 267,04 | 267,04 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 25 | 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 długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt | 95,00 | 113,24 | 113,24 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 26 | 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 długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż. | 284,00 | 318,16 | 318,16 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 27 | 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. | 303,80 | 339,46 | 339,46 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 28 | 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. | 352,80 | 392,20 | 392,20 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 29 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Milupa PKU 2 shake choco, proszek | 500 g (10 sasz. x 50 g) | 4008976599234 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 249,85 | 281,40 | 281,40 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 30 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek | 500 g (10 sasz. x 50 g) | 4008976599227 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż. | 249,85 | 281,40 | 281,40 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 31 | 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 | 502,19 | 502,19 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 32 | 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 | 439,67 | 439,67 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 33 | 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 | 402,10 | 402,10 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 34 | 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 | 145,44 | 145,44 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 35 | 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 | 138,12 | 138,12 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 36 | 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 | 198,81 | 198,81 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 37 | 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. | 481,37 | 530,58 | 530,58 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 38 | 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. | 481,37 | 530,58 | 530,58 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 39 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648201 | 2021-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 481,37 | 530,58 | 530,58 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 40 | 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. | 481,37 | 530,58 | 530,58 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 41 | 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. | 481,37 | 530,58 | 530,58 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 42 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051370 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 593,68 | 593,68 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 43 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051387 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 593,68 | 593,68 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 44 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 10 Red, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051363 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 593,68 | 593,68 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 45 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 10 White, płyn, 10/87 g białka/ml | 30 torebek po 87 ml | 5060014051394 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 593,68 | 593,68 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 46 | 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 | 593,68 | 593,68 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 47 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051424 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 884,26 | 884,26 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 48 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051431 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 884,26 | 884,26 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 49 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Red, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051417 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 884,26 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 50 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 White, płyn, 15/130 g białka/ml | 30 torebek po 130 ml | 5060014051479 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 884,26 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 51 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka | 30 torebek po 130 ml | 5060385941492 | 2019-09-01 | 3 lata | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 884,26 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 52 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka | 30 torebek po 130 ml | 5060014059901 | 2022-07-01 | 3 lata | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 884,26 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 53 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051547 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 54 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051554 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 55 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Cooler 20 Red, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051530 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 56 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 20 White, płyn, 20/174 g białka/ml | 30 torebek po 174 ml | 5060014051684 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.20, Dieta eliminacyjna w 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 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 57 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka | 30 torebek po 174 ml | 5060385941508 | 2019-09-01 | 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 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 58 | 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 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 59 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051745 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 880,87 | Fenylketonuria | | ryczałt | 6,59 |
| 60 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051585 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 880,87 | Fenylketonuria | | ryczałt | 6,59 |
| 61 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051752 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 880,87 | Fenylketonuria | | ryczałt | 6,59 |
| 62 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15/25 g białka/g | 30 saszetek po 25 g | 5060014051738 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 810,00 | 884,26 | 880,87 | Fenylketonuria | | ryczałt | 6,59 |
| 63 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051776 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|---|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 64 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051639 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 65 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051783 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 66 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20/34 g białka/g | 30 saszetek po 34 g | 5060014051769 | 2018-01-01 | 5 lat | 216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży | 1080,00 | 1174,85 | 1174,85 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 67 | 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, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 550,63 | 550,63 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 68 | 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, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 550,63 | 550,63 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 69 | 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, porcjony preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z. | 500,00 | 550,63 | 550,63 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 70 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU GMPPro (o smaku waniliowym), proszek | 532,8 g (33,3 x 16 saszetek) | 8716900590252 | 2021-09-01 | 2 lata | 216.23, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) | 315,00 | 351,52 | 351,52 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 12 roku życia, u których dobowa tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych | | ryczałt | 3,20 |
| 71 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647686 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonywane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | 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 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonywane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 73 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647747 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | 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 | 2019-11-01 | 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 | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 75 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647716 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | 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 | 2019-11-01 | 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 | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 77 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml | 3750 ml (30 x 125 ml) | 5016533647778 | 2019-11-01 | 3 lata | 216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | 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 | 2019-11-01 | 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 | 933,00 | 1016,64 | 1016,64 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 79 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka | 30 saszetek po 27 g | 5060385940105 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż. | 1410,00 | 1527,51 | 1520,39 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych | | ryczałt | 10,32 |
| 80 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka | 30 saszetek po 27 g | 5060385940112 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż. | 1410,00 | 1527,51 | 1520,39 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych | | ryczałt | 10,32 |
| 81 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka | 30 saszetek po 35 g | 5060014059840 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż. | 1880,00 | 2027,18 | 2027,18 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych | | ryczałt | 3,20 |
| 82 | Dieta eliminacyjna w fenylketonurii | PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka | 30 saszetek po 35 g | 5060014059857 | 2022-01-01 | 2 lata | 216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż. | 1880,00 | 2027,18 | 2027,18 | Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 83 | Dieta eliminacyjna w 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 | 145,38 | 145,38 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 84 | 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 | 912,84 | 912,84 | Fenylketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 85 | Dieta eliminacyjna z MCT | Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g | 450 g | 8718117600625 | 2022-01-01 | 3 lata | 217.4, Diety eliminacyjne z MCT | 32,50 | 41,75 | 41,75 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 12,53 |
| 86 | Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 | Modulen IBD, proszek | 400 g | 7613035091399 | 2021-07-01 | 3 lata | 246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna | 49,30 | 61,45 | 61,45 | Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna | | ryczałt | 3,20 |
| 87 | Dieta mlekozastępcza | Infatrini Peptisorb, płyn doustny | 800 ml (4 x 200 ml) | 8716900562433 | 2019-09-01 | 3 lata | 217.3, Dieta peptydowa kompletna | 30,90 | 39,82 | 39,82 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 11,95 |
| 88 | Dieta wysokoenergetyczna | Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn | 4 but.po 300 ml | 8716900553578 | 2021-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 41,50 | 52,44 | 52,44 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |
| 89 | Dieta wysokoenergetyczna | Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn | 4 but.po 300 ml | 8716900553486 | 2021-09-01 | 3 lata | 217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie | 41,50 | 52,44 | 52,44 | Mukowiscydoza | | ryczałt | 3,20 |

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

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

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

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

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 33 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223461836 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 45,14 | 56,61 | 56,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,98 |
| 34 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223461836 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 45,14 | 56,61 | 56,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 35 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm ² | 1 szt. | 5000223461867 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,40 | 41,62 | 41,62 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,49 |
| 36 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm ² | 1 szt. | 5000223461867 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 32,40 | 41,62 | 41,62 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 37 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm ² | 1 szt. | 5000223461898 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 50,76 | 63,50 | 63,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,05 |
| 38 | Emplastry antimicrobiotica | Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm ² | 1 szt. | 5000223461898 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 50,76 | 63,50 | 63,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 39 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455123889 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,90 | 23,62 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,62 |
| 40 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455123889 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,90 | 23,62 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,33 |
| 41 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455123896 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 41,90 | 50,33 | 32,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,83 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 42 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455123896 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 41,90 | 50,33 | 32,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 18,18 |
| 43 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455129164 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 56,05 | 66,45 | 42,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 36,44 |
| 44 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455129164 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 56,05 | 66,45 | 42,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 23,58 |
| 45 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455123902 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 74,41 | 87,17 | 57,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 47,16 |
| 46 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455123902 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 74,41 | 87,17 | 57,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 30,01 |
| 47 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455127153 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,90 | 23,62 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,62 |
| 48 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455127153 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,90 | 23,62 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,33 |
| 49 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123773 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 29,05 | 35,54 | 22,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,91 |
| 50 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123773 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 29,05 | 35,54 | 22,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 13,21 |
| 51 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123780 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 56,70 | 67,25 | 43,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 36,62 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 52 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123780 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 56,70 | 67,25 | 43,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 23,49 |
| 53 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm ² | 1 szt. | 0768455123803 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 51,41 | 61,19 | 39,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 33,46 |
| 54 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm ² | 1 szt. | 0768455123803 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 51,41 | 61,19 | 39,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,58 |
| 55 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm ² | 1 szt. | 0768455123810 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 63,18 | 74,59 | 48,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 40,78 |
| 56 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm ² | 1 szt. | 0768455123810 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 63,18 | 74,59 | 48,30 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 26,29 |
| 57 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ² | 1 szt. | 0768455123797 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 82,08 | 95,68 | 63,02 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 51,57 |
| 58 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ² | 1 szt. | 0768455123797 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 82,08 | 95,68 | 63,02 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 32,66 |
| 59 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ² | 1 szt. | 0768455129201 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 141,48 | 161,30 | 107,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 86,27 |
| 60 | Emplastry antimicrobiotica | Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ² | 1 szt. | 0768455129201 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 141,48 | 161,30 | 107,18 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 54,12 |
| 61 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500586429 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 15,11 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,11 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 62 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500586429 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 10,80 | 15,11 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,82 |
| 63 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500586436 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,57 |
| 64 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500586436 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 21,60 | 28,58 | 28,58 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 65 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ² | 1 szt. | 4049500586412 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 3,89 | 5,22 | 3,57 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,72 |
| 66 | Emplastry antimicrobiotica | Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ² | 1 szt. | 4049500586412 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 3,89 | 5,22 | 3,57 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,65 |
| 67 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932551601 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 25,23 | 32,96 | 32,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,28 |
| 68 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm ² | 1 szt. | 5708932861496 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 41,29 | 51,57 | 46,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,91 |
| 69 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm ² | 1 szt. | 5708932551632 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 42,61 | 53,71 | 53,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,11 |
| 70 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm ² | 1 szt. | 5708932861489 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 68,09 | 82,22 | 76,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 71 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm ² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,89 | 32,16 | 28,80 | Przewlekłe owróżnienia | | 30% | 12,00 |
| 72 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm ² | 1 szt. | 5708932861519 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,89 | 32,16 | 28,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,36 |
| 73 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932481922 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 29,16 | 37,09 | 32,40 | Przewlekłe owróżnienia | | 30% | 14,41 |
| 74 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932481922 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 29,16 | 37,09 | 32,40 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,69 |
| 75 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 49,93 | 61,64 | 57,61 | Przewlekłe owróżnienia | | 30% | 21,31 |
| 76 | Emplastry antimicrobiotica | Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ² | 1 szt. | 5708932861502 | 2021-05-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 49,93 | 61,64 | 57,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,03 |
| 77 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516866877 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,21 | 15,62 | 14,40 | Przewlekłe owróżnienia | | 30% | 5,54 |
| 78 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516866877 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,21 | 15,62 | 14,40 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,22 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 79 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5900516866860 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 21,60 | 28,71 | 28,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,61 |
| 80 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5900516866860 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 21,60 | 28,71 | 28,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 81 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516866891 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,21 | 15,62 | 14,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,54 |
| 82 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516866891 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 11,21 | 15,62 | 14,40 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,22 |
| 83 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5900516866884 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 21,60 | 28,71 | 28,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,61 |
| 84 | Emplastry antimicrobiotica | Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5900516866884 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 21,60 | 28,71 | 28,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 85 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ² | 1 szt. | 7332430941374 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,84 | 32,29 | 30,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,12 |
| 86 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ² | 1 szt. | 7332430941374 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 24,84 | 32,29 | 30,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,05 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 87 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430941367 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 19,00 | 25,13 | 22,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,38 |
| 88 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430941367 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 19,00 | 25,13 | 22,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,63 |
| 89 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430941381 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 36,23 | 45,95 | 44,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,08 |
| 90 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430941381 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 36,23 | 45,95 | 44,10 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,85 |
| 91 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ² | 1 szt. | 7332551027056 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 6,24 | 8,84 | 7,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,70 |
| 92 | Emplastry antimicrobiotica | Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ² | 1 szt. | 7332551027056 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 6,24 | 8,84 | 7,34 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,50 |
| 93 | Emplastry antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ² | 1 szt. | 15051978002291 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 31,30 | 38,78 | 28,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,77 |
| 94 | Emplastry antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm ² | 1 szt. | 15051978002321 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 18,93 | 24,12 | 17,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,02 |
| 95 | Emplastry antimicrobiotica | Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 4021447930350 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 12,96 | 17,46 | 14,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,38 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 96 | Emplastry antimicrobiotica | Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ² | 1 szt. | 4021447930381 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 25,92 | 33,25 | 28,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,09 |
| 97 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ² | 1 szt. | 3546895520737 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,73 | 22,39 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,39 |
| 98 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895520744 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 53,19 | 63,45 | 42,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 33,44 |
| 99 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm ² | 1 szt. | 3546895520720 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 6,38 | 8,33 | 5,14 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,73 |
| 100 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ² | 1 szt. | 3546895518017 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 19,95 | 25,17 | 17,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,17 |
| 101 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 49,14 | 59,20 | 42,87 | <1>Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,19 |
| 102 | Emplastry antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>2022-07-01/<2>2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 49,14 | 59,20 | 42,87 | <2>Epidemolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 16,33 |
| 103 | Emplastry antimicrobiotica | Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 4021447309200 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra | 9,02 | 12,81 | 12,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,84 |
| 104 | Emplastry antimicrobiotica | Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 4021447309323 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 9,02 | 13,32 | 13,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,00 |
| 105 | Emplastry carbo activatus | Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 4021447037493 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym | 4,21 | 6,19 | 6,19 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,86 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 106 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 0768455132027 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,67 | 22,32 | 14,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |
| 107 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 0768455132027 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,67 | 22,32 | 14,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,03 |
| 108 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm ² | 1 szt. | 0768455132034 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 39,75 | 48,07 | 32,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,57 |
| 109 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm ² | 1 szt. | 0768455132034 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 39,75 | 48,07 | 32,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 15,92 |
| 110 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm ² | 1 szt. | 0768455132041 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 111,15 | 128,00 | 85,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 67,98 |
| 111 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm ² | 1 szt. | 0768455132041 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 111,15 | 128,00 | 85,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 42,26 |
| 112 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm ² | 1 szt. | 0768455132010 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 4,58 | 5,95 | 3,57 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,45 |
| 113 | Emplastry collagenosa | Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm ² | 1 szt. | 0768455132010 | 2019-09-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 4,58 | 5,95 | 3,57 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,38 |
| 114 | Emplastry collagenosa | Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ² | 1 szt. | 15051978001096 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 61,02 | 70,68 | 31,83 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 48,40 |
| 115 | Emplastry collagenosa | Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ² | 1 szt. | 15051978001096 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 61,02 | 70,68 | 31,83 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 38,85 |
| 116 | Emplastry collagenosa | Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ² | 1 szt. | 15051978001102 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 116,10 | 131,89 | 63,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 87,33 |
| 117 | Emplastry collagenosa | Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ² | 1 szt. | 15051978001102 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 116,10 | 131,89 | 63,66 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 68,23 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 118 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500890922 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 55,67 | 64,58 | 28,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 44,90 |
| 119 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500890922 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 55,67 | 64,58 | 28,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 36,47 |
| 120 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56,25 cm ² | 1 szt. | 4049500890915 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 26,04 |
| 121 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56,25 cm ² | 1 szt. | 4049500890915 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,30 |
| 122 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56,25 cm ² | 1 szt. | 4049500890946 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 26,04 |
| 123 | Emplastry collagenosa | HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczająco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56,25 cm ² | 1 szt. | 4049500890946 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 31,32 | 37,11 | 15,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,30 |
| 124 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223422486 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |
| 125 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223422486 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 126 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223422493 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,64 |
| 127 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223422493 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 128 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223422509 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,02 | 48,41 | 48,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,52 |
| 129 | Emplastry collagenosa | Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223422509 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,02 | 48,41 | 48,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 130 | Emplastry collagenosa | Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156,25 cm ² | 1 szt. | 7332551816421 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 28,19 | 34,64 | 22,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 131 | Emplastry collagenosa | Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332551816421 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 28,19 | 34,64 | 22,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,31 |
| 132 | Emplastry collagenosa | Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332551816483 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 55,13 | 65,60 | 43,76 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,97 |
| 133 | Emplastry collagenosa | Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332551816483 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 55,13 | 65,60 | 43,76 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 21,84 |
| 134 | Emplastry collagenosa | Sorex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 8595163717817 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 29,16 | 36,75 | 28,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,07 |
| 135 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ² | 1 szt. | 3546894554863 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 35,64 | 44,27 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,65 |
| 136 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546894554870 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 137 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm ² | 1 szt. | 3546894530669 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 43,89 | 53,81 | 40,48 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,47 |
| 138 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546894549517 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 139 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ² | 1 szt. | 3546894554887 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 35,64 | 44,27 | 33,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,65 |
| 140 | Emplastry collagenosa | UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546894554894 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 69,12 | 84,34 | 84,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,30 |
| 141 | Emplastry conlativi | Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm ² | 1 szt. | 8681349103922 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 15,07 | 20,51 | 20,24 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,34 |
| 142 | Emplastry conlativi | Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm ² | 1 szt. | 8681349103922 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 15,07 | 20,51 | 20,24 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,27 |
| 143 | Emplastry conlativi | HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500737043 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 8,16 | 10,68 | 6,75 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,96 |
| 144 | Emplastry conlativi | HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500737043 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 8,16 | 10,68 | 6,75 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,93 |
| 145 | Emplastry conlativi | HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500737074 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 17,28 | 21,77 | 13,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 146 | Emplastry conlativi | HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500737074 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 17,28 | 21,77 | 13,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,27 |
| 147 | Emplastry conlativi | HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500737258 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 19,20 | 24,06 | 15,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,43 |
| 148 | Emplastry conlativi | HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500737258 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 19,20 | 24,06 | 15,18 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,88 |
| 149 | Emplastry conlativi | HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500737401 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 29,68 | 36,85 | 26,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,96 |
| 150 | Emplastry conlativi | HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500737401 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 29,68 | 36,85 | 26,99 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,86 |
| 151 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4049500736534 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 7,93 | 11,32 | 10,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,94 |
| 152 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4049500736534 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 7,93 | 11,32 | 10,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,78 |
| 153 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500736596 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 11,86 | 16,35 | 15,18 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,72 |
| 154 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500736596 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 11,86 | 16,35 | 15,18 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,17 |
| 155 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500736749 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 20,29 | 26,99 | 26,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,10 |
| 156 | Emplastry conlativi | HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500736749 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami | 20,29 | 26,99 | 26,99 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 157 | Emplastry hydrocolloidosa | Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm ² | 1 szt. | 5708932699136 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,85 | 20,22 | 20,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,07 |
| 158 | Emplastry hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455150946 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,16 | 8,48 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,78 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 159 | Emplastry hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455150946 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,16 | 8,48 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,76 |
| 160 | Emplastry hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455150892 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,29 | 15,62 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,04 |
| 161 | Emplastry hydrocolloidosa | Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455150892 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,29 | 15,62 | 15,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,51 |
| 162 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455150823 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,99 | 7,25 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,55 |
| 163 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455150823 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,99 | 7,25 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,53 |
| 164 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455150816 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,53 |
| 165 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455150816 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,80 | 15,11 | 15,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 166 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455150809 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 14,96 | 20,23 | 20,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,13 |
| 167 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455150809 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 14,96 | 20,23 | 20,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,08 |
| 168 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455150847 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,66 | 26,16 | 26,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,85 |
| 169 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455150847 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,66 | 26,16 | 26,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 170 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455157242 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,91 | 7,17 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,47 |
| 171 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455157242 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,91 | 7,17 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,45 |
| 172 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455157259 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,98 | 15,30 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,72 |
| 173 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455157259 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,98 | 15,30 | 15,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,19 |
| 174 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm ² | 1 szt. | 0768455150854 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 2,80 | 4,08 | 3,78 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,43 |
| 175 | Emplastry hydrocolloidosa | Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm ² | 1 szt. | 0768455150854 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 2,80 | 4,08 | 3,78 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,30 |
| 176 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500222464 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 7,40 | 9,78 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,08 |
| 177 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500222464 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 7,40 | 9,78 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,06 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 178 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500222471 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,22 | 23,96 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,38 |
| 179 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500222471 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,22 | 23,96 | 15,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 8,85 |
| 180 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500222488 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 31,10 | 38,18 | 26,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,38 |
| 181 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 4049500222488 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 31,10 | 38,18 | 26,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 11,32 |
| 182 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm ² | 1 szt. | 4049500222501 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 15,50 | 18,22 | 6,45 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,71 |
| 183 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm ² | 1 szt. | 4049500222259 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 24,01 | 28,89 | 14,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,73 |
| 184 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500222525 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,35 | 8,68 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,98 |
| 185 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500222525 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 6,35 | 8,68 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,96 |
| 186 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500222532 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,58 | 15,93 | 15,11 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,35 |
| 187 | Emplastry hydrocolloidosa | Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 4049500222532 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 11,58 | 15,93 | 15,11 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,82 |
| 188 | Emplastry hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 4021447546964 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,00 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,30 |
| 189 | Emplastry hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 4021447546964 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,00 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,28 |
| 190 | Emplastry hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm ² | 1 szt. | 4021447546995 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 9,50 | 13,50 | 13,43 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,10 |
| 191 | Emplastry hydrocolloidosa | Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm ² | 1 szt. | 4021447546995 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 9,50 | 13,50 | 13,43 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,07 |
| 192 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516844721 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,00 | 6,72 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,30 |
| 193 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5900516844721 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 4,75 | 7,00 | 6,72 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,28 |
| 194 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 5900516844745 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,79 | 15,10 | 15,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,53 |
| 195 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ² | 1 szt. | 5900516844745 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 10,79 | 15,10 | 15,10 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 196 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5900516849290 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 18,68 | 25,13 | 25,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,54 |
| 197 | Emplastry hydrocolloidosa | Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5900516849290 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 18,68 | 25,13 | 25,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 198 | Emplastry hydrocolloidosa | Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g | 15 g | 5701780645317 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,59 | 10,57 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,39 |
| 199 | Emplastry hydrocolloidosa | Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g | 15 g | 5701780645317 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,59 | 10,57 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,03 |
| 200 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ² | 1 szt. | 5900656000056 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 5,81 | 8,39 | 7,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,93 |
| 201 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ² | 1 szt. | 5900656000056 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 5,81 | 8,39 | 7,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,59 |
| 202 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ² | 1 szt. | 5900656000063 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 6,89 | 9,88 | 9,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,33 |
| 203 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ² | 1 szt. | 5900656000063 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 6,89 | 9,88 | 9,36 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,52 |
| 204 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ² | 1 szt. | 5900656000070 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 13,66 | 18,71 | 18,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,61 |
| 205 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ² | 1 szt. | 5900656000070 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 13,66 | 18,71 | 18,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 206 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ² | 1 szt. | 5900656000032 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 4,08 | 5,71 | 4,68 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,43 |
| 207 | Emplastry hydropolymerosa | Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ² | 1 szt. | 5900656000032 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.5, Opatrunki hydrożelowe | 4,08 | 5,71 | 4,68 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,03 |
| 208 | Emplastry hydropolymerosa | Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml | 1 szt. | 4260199571248 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 60,48 | 74,46 | 74,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,34 |
| 209 | Emplastry hydropolymerosa | Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml | 1 szt. | 4260199571248 | 2021-07-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 60,48 | 74,46 | 74,46 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 210 | Emplastry hydropolymerosa | Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g | 1 szt. | 0000050223480 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,64 | 10,62 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,44 |
| 211 | Emplastry hydropolymerosa | Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g | 1 szt. | 0000050223480 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,64 | 10,62 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,08 |
| 212 | Emplastry hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g | 1 szt. | 7503006698958 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 39,96 | 49,11 | 36,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 23,71 |
| 213 | Emplastry hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g | 1 szt. | 7503006698958 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 39,96 | 49,11 | 36,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,82 |
| 214 | Emplastry hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g | 1 szt. | 7503006698965 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 61,56 | 75,60 | 75,60 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 22,68 |
| 215 | Emplastry hydropolymerosa | Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g | 1 szt. | 7503006698965 | 2020-03-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 61,56 | 75,60 | 75,60 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 216 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ² | 1 szt. | 15051978000174 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,49 | 35,71 | 35,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,71 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 217 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ² | 1 szt. | 15051978000174 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,49 | 35,71 | 35,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 218 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ² | 1 szt. | 15051978000167 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,16 | 37,74 | 37,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,32 |
| 219 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ² | 1 szt. | 15051978000167 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,16 | 37,74 | 37,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 220 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223463908 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,19 |
| 221 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223463908 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 222 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223476182 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,04 | 20,23 | 20,23 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,07 |
| 223 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223476182 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,04 | 20,23 | 20,23 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 224 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463960 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 15,84 | 15,84 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,75 |
| 225 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463960 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 15,84 | 15,84 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 226 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463991 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 29,64 | 29,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,89 |
| 227 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463991 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 29,64 | 29,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 228 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463878 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,16 | 6,55 | 6,55 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,97 |
| 229 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm ² | 1 szt. | 5000223463878 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,16 | 6,55 | 6,55 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 230 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ² | 1 szt. | 5000223465230 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,48 | 44,35 | 44,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,31 |
| 231 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ² | 1 szt. | 5000223465230 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,48 | 44,35 | 44,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 232 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223475499 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,19 |

| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 233 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223475499 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,80 | 10,63 | 10,63 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 234 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ² | 1 szt. | 5000223475581 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,88 | 22,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,86 |
| 235 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ² | 1 szt. | 5000223475581 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,88 | 22,88 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 236 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ² | 1 szt. | 5000223475611 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,63 | 7,28 | 7,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,18 |
| 237 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ² | 1 szt. | 5000223475611 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,63 | 7,28 | 7,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 238 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ² | 1 szt. | 5000223476885 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 16,40 | 16,40 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,92 |
| 239 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ² | 1 szt. | 5000223476885 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,23 | 16,40 | 16,40 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 240 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ² | 1 szt. | 5000223476502 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,66 | 22,31 | 22,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,69 |
| 241 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ² | 1 szt. | 5000223476502 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,66 | 22,31 | 22,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 242 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ² | 1 szt. | 5000223477981 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,61 | 13,37 | 12,53 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,60 |
| 243 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ² | 1 szt. | 5000223477981 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,61 | 13,37 | 12,53 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,84 |
| 244 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ² | 1 szt. | 5000223478018 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,69 | 19,83 | 19,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,06 |
| 245 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ² | 1 szt. | 5000223478018 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,69 | 19,83 | 19,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,16 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 246 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm ² | 1 szt. | 5000223478049 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,52 | 27,21 | 27,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,16 |
| 247 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm ² | 1 szt. | 5000223478049 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,52 | 27,21 | 27,21 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 248 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm ² | 1 szt. | 5000223478070 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 37,26 | 47,49 | 47,49 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,25 |
| 249 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm ² | 1 szt. | 5000223482503 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 48,60 | 60,97 | 60,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,29 |
| 250 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm ² | 1 szt. | 5000223481421 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,52 | 27,57 | 27,57 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,27 |
| 251 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Allevyn Life Sacrum 21,6x23 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm ² | 1 szt. | 5000223481452 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 33,35 | 43,30 | 43,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,99 |
| 252 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455125616 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 14,71 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,28 |
| 253 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455125616 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,69 | 14,71 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,24 |
| 254 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455125630 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,05 | 31,12 | 30,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,90 |
| 255 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455125630 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,05 | 31,12 | 30,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,81 |
| 256 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ² | 1 szt. | 0768455125586 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,28 | 4,45 | 3,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,09 |
| 257 | Emplastrum microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ² | 1 szt. | 0768455125586 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,28 | 4,45 | 3,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,08 |

| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 258 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 4,67 |
| 259 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455123834 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,63 |
| 260 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 4,67 |
| 261 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ² | 1 szt. | 0768455127115 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,10 | 14,10 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,63 |
| 262 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,77 | 21,18 | 21,05 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 6,45 |
| 263 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123711 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,77 | 21,18 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,13 |
| 264 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,98 | 36,03 | 36,03 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 10,81 |
| 265 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ² | 1 szt. | 0768455123759 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,98 | 36,03 | 36,03 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 266 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,72 | 29,73 | 29,73 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 8,92 |
| 267 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ² | 1 szt. | 0768455123841 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,72 | 29,73 | 29,73 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 268 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,29 | 38,79 | 38,79 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 11,64 |
| 269 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ² | 1 szt. | 0768455123865 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,29 | 38,79 | 38,79 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 270 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 34,13 | 43,41 | 43,41 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 13,02 |
| 271 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ² | 1 szt. | 0768455123766 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 34,13 | 43,41 | 43,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 272 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,92 | 39,54 | 39,54 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 11,86 |
| 273 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ² | 1 szt. | 0768455123728 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 30,92 | 39,54 | 39,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 274 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 40,14 | 50,64 | 50,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,19 |
| 275 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ² | 1 szt. | 0768455123858 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 40,14 | 50,64 | 50,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 276 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 44,53 | 55,66 | 55,66 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,70 |
| 277 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ² | 1 szt. | 0768455123735 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 44,53 | 55,66 | 55,66 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 278 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 75,73 | 91,50 | 91,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,45 |
| 279 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ² | 1 szt. | 0768455123742 | 2021-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 75,73 | 91,50 | 91,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 280 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5708932861557 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,93 | 13,92 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,49 |
| 281 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156,25 cm ² | 1 szt. | 5708932861571 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,47 | 20,86 | 20,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,26 |
| 282 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm ² | 1 szt. | 5708932861564 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,12 | 41,08 | 41,08 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,32 |
| 283 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56,25 cm ² | 1 szt. | 5708932861540 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,70 | 8,17 | 7,58 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,86 |
| 284 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm ² | 1 szt. | 5708932861526 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,63 | 48,75 | 48,75 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,63 |
| 285 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolice krzyżową, 529 cm ² | 1 szt. | 5708932861533 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 52,25 | 64,64 | 64,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,39 |
| 286 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5708932476300 | 2021-03-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,19 | 15,24 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,81 |
| 287 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5708932476300 | 2021-03-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,19 | 15,24 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 288 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932476294 | 2021-03-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,12 | 31,20 | 30,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,98 |
| 289 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932476294 | 2021-03-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 24,12 | 31,20 | 30,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,89 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 290 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 100 cm ² | 1 szt. | 5708932551540 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,02 | 15,06 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,63 |
| 291 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 225 cm ² | 1 szt. | 5708932551571 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,38 | 28,32 | 28,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,50 |
| 292 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm ² | 1 szt. | 5708932861588 | 2021-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 39,69 | 50,16 | 50,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,05 |
| 293 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 6940610106331 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,40 | 13,36 | 13,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,01 |
| 294 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ² | 1 szt. | 6940610106362 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 18,79 | 25,22 | 25,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,57 |
| 295 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 6940610106423 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,14 | 28,07 | 28,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,42 |
| 296 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ² | 1 szt. | 6940610106485 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 37,58 | 47,95 | 47,95 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,39 |
| 297 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ² | 1 szt. | 6940610106515 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 56,38 | 69,68 | 69,68 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,90 |
| 298 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ² | 1 szt. | 6940610106546 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 75,17 | 91,41 | 91,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,42 |
| 299 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 6940610106607 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,40 | 13,36 | 13,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,01 |
| 300 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 6940610106690 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,14 | 28,07 | 28,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,42 |
| 301 | Emplastry microfibrillum cellulosa | ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ² | 1 szt. | 6940610106751 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 37,58 | 47,95 | 47,95 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,39 |
| 302 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223466695 | 2019-11-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,88 | 13,86 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,43 |
| 303 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm ² | 1 szt. | 5000223466725 | 2019-11-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,19 | 29,17 | 29,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,75 |
| 304 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 0768455142231 | 2017-11-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,82 | 12,75 | 12,75 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,83 |
| 305 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm ² | 1 szt. | 0768455142231 | 2017-11-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,82 | 12,75 | 12,75 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 306 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm ² | 1 szt. | 0768455142248 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,85 | 26,71 | 26,71 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,01 |
| 307 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm ² | 1 szt. | 0768455142248 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,85 | 26,71 | 26,71 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 308 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm ² | 1 szt. | 0768455142255 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,17 | 8,96 | 8,89 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,74 |
| 309 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm ² | 1 szt. | 0768455142255 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,17 | 8,96 | 8,89 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,07 |
| 310 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm ² | 1 szt. | 0768455142224 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,65 | 8,35 | 8,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,51 |
| 311 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm ² | 1 szt. | 0768455142224 | 2017-11-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,65 | 8,35 | 8,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 312 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ² | 1 szt. | 15051978004257 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,67 | 4,84 | 3,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,48 |
| 313 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ² | 1 szt. | 15051978004257 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,67 | 4,84 | 3,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,47 |
| 314 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm ² | 1 szt. | 15051978004264 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,26 | 12,92 | 12,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,41 |
| 315 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm ² | 1 szt. | 15051978004264 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,26 | 12,92 | 12,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,76 |
| 316 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ² | 1 szt. | 8715343014141 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,19 | 36,59 | 36,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,98 |
| 317 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ² | 1 szt. | 8715343014141 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,19 | 36,59 | 36,59 | Epidermolysis bullosa; | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 318 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 8715343019184 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,40 | 13,36 | 13,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,01 |
| 319 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 8715343019184 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,40 | 13,36 | 13,36 | Epidermolysis bullosa; | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 320 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ² | 1 szt. | 8715343019153 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,80 | 7,07 | 6,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,26 |
| 321 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ² | 1 szt. | 8715343019153 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,80 | 7,07 | 6,87 | Epidermolysis bullosa; | | bezpłatny do limitu | 0,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 322 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 8715343067321 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,10 | 12,00 | 12,00 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 3,60 |
| 323 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm ² | 1 szt. | 8715343067338 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 12,15 | 17,24 | 17,24 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 5,17 |
| 324 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ² | 1 szt. | 8715343066157 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,50 | 22,50 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 6,75 |
| 325 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ² | 1 szt. | 8715343067307 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,40 | 42,51 | 42,51 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 12,75 |
| 326 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ² | 1 szt. | 8715343067314 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,95 | 60,84 | 60,84 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 18,25 |
| 327 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ² | 1 szt. | 8715343048290 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 63,94 | 79,62 | 79,62 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 23,89 |
| 328 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ² | 1 szt. | 7332430504999 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 28,20 | 28,20 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 8,46 |
| 329 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ² | 1 szt. | 7332430504999 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,49 | 28,20 | 28,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 330 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430446459 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 8,03 |
| 331 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430446459 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,71 |
| 332 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430505019 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 12,26 |
| 333 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430505019 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 334 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ² | 1 szt. | 7332551306441 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 127,44 | 147,30 | 134,70 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 53,01 |
| 335 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ² | 1 szt. | 7332551306441 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 127,44 | 147,30 | 134,70 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,60 |
| 336 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430446527 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,06 | 22,53 | 21,05 | Przewlekłe owrządzenia | | 30% | 7,80 |
| 337 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430446527 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,06 | 22,53 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,48 |

| Ip. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 338 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430497116 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,26 |
| 339 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430497116 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 340 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm ² | 1 szt. | 7332430497123 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,15 | 51,73 | 51,73 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,52 |
| 341 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm ² | 1 szt. | 7332430497123 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 41,15 | 51,73 | 51,73 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 342 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430500670 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,72 | 10,52 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,51 |
| 343 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430500670 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,72 | 10,52 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,93 |
| 344 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430529152 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,03 |
| 345 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430529152 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 22,76 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,71 |
| 346 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430529206 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,26 |
| 347 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430529206 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 32,18 | 40,87 | 40,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 348 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430529107 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,83 | 10,63 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,62 |
| 349 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430529107 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,83 | 10,63 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,04 |
| 350 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430666598 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,37 | 22,86 | 21,05 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,13 |
| 351 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ² | 1 szt. | 7332430666598 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 17,37 | 22,86 | 21,05 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,81 |
| 352 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430666642 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 31,80 | 40,47 | 40,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,14 |
| 353 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ² | 1 szt. | 7332430666642 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 31,80 | 40,47 | 40,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 354 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430666505 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,86 | 10,66 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,65 |
| 355 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ² | 1 szt. | 7332430666505 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 7,86 | 10,66 | 8,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,07 |
| 356 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ² | 1 szt. | 7332430727572 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,98 | 29,67 | 29,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,90 |
| 357 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ² | 1 szt. | 7332430727572 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,98 | 29,67 | 29,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 358 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ² | 1 szt. | 7332430008800 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 43,85 | 53,03 | 40,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,74 |
| 359 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ² | 1 szt. | 7332430008800 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 43,85 | 53,03 | 40,41 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,62 |
| 360 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ² | 1 szt. | 7310792907108 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,69 | 11,87 | 10,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,80 |
| 361 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ² | 1 szt. | 7310792907108 | 2019-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,69 | 11,87 | 10,10 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,77 |
| 362 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ² | 1 szt. | 7323190179527 | 2021-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,64 | 12,56 | 12,56 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,77 |
| 363 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ² | 1 szt. | 7323190179527 | 2021-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,64 | 12,56 | 12,56 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 364 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm ² | 1 szt. | 7323190179428 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 18,33 | 25,02 | 25,02 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,51 |
| 365 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm ² | 1 szt. | 7323190179442 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,05 | 37,84 | 37,84 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,35 |
| 366 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm ² | 1 szt. | 7392130182231 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,75 | 27,28 | 26,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,42 |
| 367 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm ² | 1 szt. | 7392130182231 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,75 | 27,28 | 26,94 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,34 |
| 368 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm ² | 1 szt. | 7392130181371 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,66 | 15,99 | 15,15 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,39 |
| 369 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm ² | 1 szt. | 7392130181371 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,66 | 15,99 | 15,15 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,84 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 370 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm ² | 1 szt. | 7392130183153 | 2018-01-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,53 | 27,43 | 27,43 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,23 |
| 371 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm ² | 1 szt. | 7392130183153 | 2018-01-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,53 | 27,43 | 27,43 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 372 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm ² | 1 szt. | 7392130181210 | 2018-01-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,37 | 14,38 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,95 |
| 373 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm ² | 1 szt. | 7392130181210 | 2018-01-01 | 5 lat | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 10,37 | 14,38 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,91 |
| 374 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ² | 1 szt. | 3546895520270 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,83 | 13,81 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,38 |
| 375 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm ² | 1 szt. | 3546895520287 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 22,12 | 29,10 | 29,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,73 |
| 376 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895520294 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,48 | 37,94 | 37,94 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,38 |
| 377 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm ² | 1 szt. | 3546895520263 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,54 | 5,15 | 4,85 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 1,76 |
| 378 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm ² | 1 szt. | 3546895520300 | 2022-05-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,66 | 26,13 | 26,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,84 |
| 379 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ² | 1 szt. | 3546895518048 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,40 | 15,87 | 15,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,76 |
| 380 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ² | 1 szt. | 3546895518048 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,40 | 15,87 | 15,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 381 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518055 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,62 | 37,04 | 37,04 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,11 |
| 382 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518055 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,62 | 37,04 | 37,04 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 383 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ² | 1 szt. | 3546895518062 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 57,24 | 70,59 | 70,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,18 |
| 384 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ² | 1 szt. | 3546895518062 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 57,24 | 70,59 | 70,59 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 385 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ² | 1 szt. | 3546895518079 | 2022-07-01 | 3 lata | 220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 386 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518086 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,51 | 36,93 | 36,93 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,08 |
| 387 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518086 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,51 | 36,93 | 36,93 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 388 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ² | 1 szt. | 3546895518116 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |
| 389 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm ² | 1 szt. | 3546895518123 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,06 | 21,73 | 21,73 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,52 |
| 390 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ² | 1 szt. | 3546895518130 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 28,51 | 36,93 | 36,93 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,08 |
| 391 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm ² | 1 szt. | 3546895518109 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,08 | 8,80 | 8,62 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,77 |
| 392 | Emplastry microfibrillum cellulosa | UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm ² | 1 szt. | 3546895518147 | 2022-07-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 38,02 | 48,41 | 48,41 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,52 |
| 393 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm ² | 1 szt. | 4021447587721 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,56 | 16,51 | 16,51 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,95 |
| 394 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm ² | 1 szt. | 4056649067429 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 4,75 | 8,48 | 8,48 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,54 |
| 395 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4056649067443 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,18 | 10,06 | 10,06 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,02 |
| 396 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem, 281.25 cm ² | 1 szt. | 4056649067467 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 8,75 | 15,90 | 15,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,77 |
| 397 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem, 484 cm ² | 1 szt. | 4056649067481 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 15,12 | 25,21 | 25,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,56 |
| 398 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem, 704 cm ² | 1 szt. | 4056649067504 | 2022-05-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 21,60 | 34,21 | 34,21 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,26 |
| 399 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500616713 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,04 |
| 400 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm ² | 1 szt. | 4049500616713 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,50 | 13,47 | 13,47 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 401 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500616751 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 402 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm ² | 1 szt. | 4049500616751 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,01 | 25,45 | 25,45 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 403 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm ² | 1 szt. | 4049500616874 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 76,03 | 92,31 | 92,31 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 27,69 |
| 404 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm ² | 1 szt. | 4049500616874 | 2021-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 76,03 | 92,31 | 92,31 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 405 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ² | 1 szt. | 4052199276106 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,00 | 25,44 | 25,44 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,63 |
| 406 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ² | 1 szt. | 4052199276106 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 19,00 | 25,44 | 25,44 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 407 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4052199276069 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,06 |
| 408 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4052199276069 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 409 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ² | 1 szt. | 4052199276274 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,81 |
| 410 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ² | 1 szt. | 4052199276274 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 411 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4052199298290 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,06 |
| 412 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4052199298290 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 14,84 | 20,20 | 20,20 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 413 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm ² | 1 szt. | 4052199298337 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,08 | 37,61 | 37,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,28 |
| 414 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm ² | 1 szt. | 4052199298337 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 29,08 | 37,61 | 37,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 415 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ² | 1 szt. | 4052199298412 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,81 |
| 416 | Emplastry microfibrillum cellulosa | Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ² | 1 szt. | 4052199298412 | 2021-01-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 47,50 | 59,38 | 59,38 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 417 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm ² | 1 szt. | 5000223415587 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 7,61 | 9,14 | 3,26 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,86 |
| 418 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm ² | 1 szt. | 5000223415587 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 7,61 | 9,14 | 3,26 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,88 |
| 419 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm ² | 1 szt. | 5000223415594 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 14,85 | 17,79 | 6,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,32 |
| 420 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm ² | 1 szt. | 5000223415594 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 14,85 | 17,79 | 6,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 11,40 |
| 421 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm ² | 1 szt. | 5000223416799 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 22,67 | 27,09 | 10,56 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,70 |
| 422 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm ² | 1 szt. | 5000223416799 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 22,67 | 27,09 | 10,56 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 16,53 |
| 423 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm ² | 1 szt. | 5000223426705 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 9,07 | 10,56 | 2,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,49 |
| 424 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm ² | 1 szt. | 5000223426705 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 9,07 | 10,56 | 2,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,60 |
| 425 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223415846 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,32 | 5,27 | 2,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,81 |
| 426 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm ² | 1 szt. | 5000223415846 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,32 | 5,27 | 2,09 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,18 |
| 427 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223416775 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,10 | 9,98 | 4,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,06 |
| 428 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ² | 1 szt. | 5000223416775 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,10 | 9,98 | 4,17 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,81 |
| 429 | Emplastry polyurethanum spumatum | Alleyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223415853 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 17,28 | 20,85 | 8,34 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,01 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 430 | Emplastry polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ² | 1 szt. | 5000223415853 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 17,28 | 20,85 | 8,34 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 12,51 |
| 431 | Emplastry polyurethanum spumatum | Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ² | 1 szt. | 5000223426736 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 23,54 | 27,89 | 10,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,83 |
| 432 | Emplastry polyurethanum spumatum | Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ² | 1 szt. | 5000223426736 | 2018-01-01 | 5 lat | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 23,54 | 27,89 | 10,09 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 17,80 |
| 433 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ² | 1 szt. | 0724004611832 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,41 |
| 434 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ² | 1 szt. | 0724004611832 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 435 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ² | 1 szt. | 0724004611818 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,11 |
| 436 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ² | 1 szt. | 0724004611818 | 2022-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 437 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ² | 1 szt. | 0724004611870 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 34,41 |
| 438 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ² | 1 szt. | 0724004611870 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 96,31 | 114,69 | 114,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 439 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ² | 1 szt. | 0724004611856 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 28,11 |
| 440 | Emplastry polyurethanum spumatum | CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ² | 1 szt. | 0724004611856 | 2021-03-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 73,40 | 89,28 | 87,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,89 |
| 441 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ² | 1 szt. | 4056649683094 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,18 | 13,13 | 13,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,94 |
| 442 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm ² | 1 szt. | 4056649683124 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 13,93 | 19,25 | 19,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,78 |
| 443 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm ² | 1 szt. | 4056649683186 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 20,41 | 27,30 | 27,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,19 |
| 444 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm ² | 1 szt. | 4056649683216 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 36,83 | 47,16 | 47,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,15 |
| 445 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm ² | 1 szt. | 4056649683155 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 5,92 | 8,63 | 8,59 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,62 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------------|---|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 446 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ² | 1 szt. | 4056649683308 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 9,18 | 13,13 | 13,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,94 |
| 447 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587,5 cm ² | 1 szt. | 4056649917687 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 51,30 | 64,23 | 64,23 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,27 |
| 448 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm ² | 1 szt. | 4056649917700 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 16,20 | 22,10 | 22,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,63 |
| 449 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm ² | 1 szt. | 4056649917663 | 2020-09-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 27,64 | 35,97 | 35,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,79 |
| 450 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej na okolicę krzyżową, sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 369 cm ² | 1 szt. | 4021447031002 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,52 | 21,98 | 7,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,60 |
| 451 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, nieprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 4021447013183 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 12,10 | 14,36 | 4,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,08 |
| 452 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ² | 1 szt. | 4021447013343 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,16 | 6,15 | 2,09 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,69 |
| 453 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ² | 1 szt. | 4021447013367 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 10,80 | 12,99 | 4,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,71 |
| 454 | Emplastry polyurethanum spumatum | Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm ² | 1 szt. | 4021447013329 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,21 | 4,83 | 1,17 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,01 |
| 455 | Igły do penów | BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 0382903205189 | 2022-01-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 18,14 | 23,36 | 18,37 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 10,50 |
| 456 | Igły do penów | BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 0382903205172 | 2022-01-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 18,14 | 23,36 | 18,37 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 10,50 |
| 457 | Igły do penów | Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 6972857293000 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,18 | 18,14 | 18,14 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,44 |
| 458 | Igły do penów | Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 6972857293017 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,18 | 18,14 | 18,14 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,44 |
| 459 | Igły do penów | Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły | 100 szt. | 5907553012045 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,23 | 18,20 | 18,20 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 460 | Igły do penów | Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 5907553012021 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,23 | 18,20 | 18,20 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,46 |
| 461 | Igły do penów | Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły | 100 szt. | 5907553012038 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,23 | 18,20 | 18,20 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,46 |
| 462 | Igły do penów | Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 5907553012014 | 2022-05-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,23 | 18,20 | 18,20 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,46 |
| 463 | Igły do penów | PIC Insupen Original 0,25x5 mm (31G), igły | 100 szt. | 8058090005094 | 2022-03-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,39 | 18,37 | 18,37 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,51 |
| 464 | Igły do penów | PIC Insupen Original 0,30x8 mm (30G), igły | 100 szt. | 8058090004578 | 2022-03-01 | 2 lata | 256.0, Igły do wstrzykiwaczy | 13,39 | 18,37 | 18,37 | Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta | | 30% | 5,51 |
| 465 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokolooidowy, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455157266 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 7,88 | 9,82 | 4,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,64 |
| 466 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Granugel - żel hydrokolooidowy, żel, 15 g | 15 g (tuba) | 0768455157266 | 2022-01-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 7,88 | 9,82 | 4,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,28 |
| 467 | Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | Keto-Diastix, test paskowy | 50 szt. | 5016003288302 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu | 12,74 | 17,56 | 17,56 | Cukrzyca | | 30% | 5,27 |
| 468 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,07 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,36 |
| 469 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Abra, test paskowy | 50 pasków | 5907581253625 | 2022-07-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,07 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,53 |
| 470 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,19 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,48 |
| 471 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Active, test paskowy | 50 pasków | 4015630056316 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,19 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,65 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 472 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 58,97 | 72,58 | 72,58 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 6,40 |
| 473 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Instant, test paskowy | 100 szt. | 4015630067732 | 2021-05-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 58,97 | 72,58 | 72,58 | Cukrzyca | | 30% | 21,77 |
| 474 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2019-09-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,19 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,48 |
| 475 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Accu-Chek Performa, test paskowy | 50 szt. | 4015630980987 | 2019-09-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,59 | 38,19 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,65 |
| 476 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2022-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,60 | 37,15 | 37,15 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 477 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Cera-Chek 1 Code, test paskowy | 50 pasków | 8809242521845 | 2022-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,60 | 37,15 | 37,15 | Cukrzyca | | 30% | 11,15 |
| 478 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2021-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,32 | 37,91 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 479 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour Plus, test paskowy | 50 szt. | 5016003763403 | 2021-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,32 | 37,91 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,37 |
| 480 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2022-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,32 | 37,91 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 481 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Contour TS paski testowe, test paskowy | 50 szt. | 5016003183904 | 2022-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,32 | 37,91 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,37 |
| 482 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | D+, test paskowy | 50 szt. | 0858745005961 | 2019-11-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,04 | 36,04 | 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 483 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | D+, test paskowy | 50 szt. | 0858745005961 | 2019-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,04 | 36,04 | Cukrzyca | | 30% | 10,81 |
| 484 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,31 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,60 |
| 485 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Diagnostic Gold Strip, test paskowy | 50 szt. | 5906881862681 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,70 | 38,31 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,77 |
| 486 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,87 | 34,28 | 34,28 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 487 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | DIAVUE ToGo, test paskowy | 50 szt. | 4716022053035 | 2021-11-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,87 | 34,28 | 34,28 | Cukrzyca | | 30% | 10,28 |
| 488 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,05 | 37,62 | 37,62 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 489 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercare, test paskowy | 50 pasków | 5904378480035 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,05 | 37,62 | 37,62 | Cukrzyca | | 30% | 11,29 |
| 490 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercheck, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,60 | 36,60 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 491 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Evercheck, test paskowy | 50 szt. | 5904378480356 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,60 | 36,60 | Cukrzyca | | 30% | 10,98 |
| 492 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2020-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,40 | 36,94 | 36,94 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 493 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Examedin® Fast, test paskowy | 50 szt. | 5902802701848 | 2020-09-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,40 | 36,94 | 36,94 | Cukrzyca | | 30% | 11,08 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 494 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2017-09-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,60 | 36,60 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 495 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | G-BIO, test paskowy | 50 szt. | 8800028000004 | 2017-09-01 | 5 lat | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,60 | 36,60 | Cukrzyca | | 30% | 10,98 |
| 496 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2021-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,47 | 35,47 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 497 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GensuCare, test paskowy | 50 szt. | 8809301161135 | 2021-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,47 | 35,47 | Cukrzyca | | 30% | 10,64 |
| 498 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,91 | 37,48 | 37,48 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 499 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucocard 01 Sensor, test paskowy | 50 szt. | 4987486785590 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,91 | 37,48 | 37,48 | Cukrzyca | | 30% | 11,24 |
| 500 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GLUCODR. AUTO A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,51 | 37,06 | 37,06 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 501 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | GLUCODR. AUTO A, test paskowy | 50 szt. | 8806128340125 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,51 | 37,06 | 37,06 | Cukrzyca | | 30% | 11,12 |
| 502 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,75 | 38,36 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,65 |
| 503 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucomaxx, test paskowy | 50 szt. | 5903111882327 | 2022-03-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,75 | 38,36 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,82 |
| 504 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2022-01-01 | 3 lata | 219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,02 | 37,59 | 37,59 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 505 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosense, test paskowy | 50 szt. | 5908222562274 | 2022-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,02 | 37,59 | 37,59 | Cukrzyca | | 30% | 11,28 |
| 506 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Glucosure HT, test paskowy | 50 szt. | 4713648760811 | 2022-03-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 28,08 | 36,60 | 36,60 | Cukrzyca | | 30% | 10,98 |
| 507 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXcell, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2022-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,38 | 37,96 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,25 |
| 508 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | iXcell, test paskowy | 50 szt. | 5908222562632 | 2022-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,38 | 37,96 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,42 |
| 509 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2022-05-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,97 | 36,49 | 36,49 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 510 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Multisure GK, test paskowy | 50 szt. | 4713648760507 | 2022-05-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,97 | 36,49 | 36,49 | Cukrzyca | | 30% | 10,95 |
| 511 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2021-11-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,87 | 34,28 | 34,28 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 512 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | OKmeter Core, test paskowy | 50 szt. | 4712803561836 | 2021-11-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 25,87 | 34,28 | 34,28 | Cukrzyca | | 30% | 10,28 |
| 513 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2019-11-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,07 | 37,91 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,36 |
| 514 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | One Touch Select Plus, test paskowy | 50 szt. | 7613427012759 | 2019-11-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,48 | 38,07 | 37,91 | Cukrzyca | | 30% | 11,53 |
| 515 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2022-03-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,12 | 37,69 | 37,69 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|------------------------------|--|---|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 516 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Optium Xido, test paskowy | 50 szt. | 5021791707249 | 2022-03-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 29,12 | 37,69 | 37,69 | Cukrzyca | | 30% | 11,31 |
| 517 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 100 szt. | 5907814464705 | 2020-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 55,08 | 68,49 | 68,49 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 6,40 |
| 518 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 100 szt. | 5907814464705 | 2020-01-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 55,08 | 68,49 | 68,49 | Cukrzyca | | 30% | 20,55 |
| 519 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 5907814464934 | 2019-09-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,04 | 36,04 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 520 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | VivaChek Ino, test paskowy | 50 szt. | 5907814464934 | 2019-09-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,54 | 36,04 | 36,04 | Cukrzyca | | 30% | 10,81 |
| 521 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 szt. | 9120015788258 | 2021-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,47 | 35,47 | Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej | | ryczałt | 3,20 |
| 522 | Paski do oznaczania glukozy we krwi | Wellion SymPhar, test paskowy | 50 szt. | 9120015788258 | 2021-07-01 | 3 lata | 219,2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi | 27,00 | 35,47 | 35,47 | Cukrzyca | | 30% | 10,64 |

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

| 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 | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|--|--|---|---------------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powł., 100 mg | 70 szt. | 05014602500986 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 2 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powł., 150 mg | 70 szt. | 05014602500993 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 3 | Abemaciclibum | Verzenios, tabl. powł., 50 mg | 70 szt. | 05014602500979 | 2020-09-01 | 2 lata | 1210.0, Abemacyklib | 12336,30 | 12953,12 | 12953,12 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 4 | Abirateronum | Zytiga, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909991307080 | 2022-01-01 | 8 miesięcy | 1121.0, Octan abirateronu | 13392,00 | 14061,60 | 14061,60 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 5 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg | 1 amp.-strzyk. 0,4 ml | 08715131019761 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01 | <1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 452,06 | 474,66 | 380,31 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 6 | Adalimumabum | Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml | 08715131019808 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01 | <1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1808,22 | 1898,63 | 1521,25 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 7 | Adalimumabum | Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem | 05909990005055 | 2020-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 2455,11 | 2577,87 | 1521,25 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg | 2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem | 07613421020897 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01 | <1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1521,25 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 9 | Adalimumabum | Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml | 07613421020880 | <1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01 | <1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1521,25 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 10 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg | 1 fiol. 0,8 ml + 1 strzyk. + 1 igła + 1 nasadka + 2 gaziki | 04052682034206 | 2020-03-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 762,53 | 800,66 | 760,63 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 11 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki | 04052682034213 | <1><2><3><4><5>2020-03-01/<6>2022-03-01 | <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1448,81 | 1521,25 | 1521,25 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 12 | Adalimumabum | Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki | 04052682034220 | <1><2><3><4><5>2020-03-01/<6>2022-03-01 | <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1448,81 | 1521,25 | 1521,25 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105. | bezpłatny | 0 zł |
| 13 | Adalimumabum | Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampulko-strzykawce, 40 mg | 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki | 08809593170150 | 2021-01-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1521,25 | B.32. | bezpłatny | 0 zł |
| 14 | Adalimumabum | Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg | 2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki | 08809593170167 | 2021-01-01 | 3 lata | 1050.1, blokery TNF - adalimumab | 1944,00 | 2041,20 | 1521,25 | B.32. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Afatynibum | Giotrif, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991083397 | 2021-11-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------|--|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 16 | Afatinibum | Giotrif, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909991083434 | 2021-11-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 17 | Afatinibum | Giotrif, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991083465 | 2021-11-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 18 | Aflibercept | Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.a 0,1 ml | 03837000137095 | 2021-07-01 | 1 rok 4 miesiące | 1133.0, Aflibercept | 2808,00 | 2948,40 | 2948,40 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 19 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05909991039400 | 2021-07-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 1395,14 | 1464,90 | 1464,90 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 20 | Aflibercept | Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 8 ml | 05909991039462 | 2021-07-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept | 2790,29 | 2929,80 | 2929,80 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 21 | Agalsidasum alfa | Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. 3,5 ml | 05909990999514 | 2021-09-01 | 2 lata | 1191.1, Agalzydaza alfa | 5940,00 | 6237,00 | 6237,00 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 22 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg | 1 fiol. | 05909990971213 | 2021-09-01 | 2 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 11374,31 | 11943,03 | 11943,03 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 23 | Agalsidasum beta | Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg | 1 fiol. | 05909990013654 | 2021-09-01 | 2 lata | 1191.2, Agalzydaza beta | 1624,91 | 1706,16 | 1706,15 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Albutrepenonacogum alfa | Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu | 05909991326180 | 2021-07-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 8532,00 | 8958,60 | 2721,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Albutrepenonacogum alfa | Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu | 05909991326197 | 2021-07-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 17064,00 | 17917,20 | 5443,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Albutrepenonacogum alfa | Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu | 05909991326166 | 2021-07-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 2133,00 | 2239,65 | 680,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 27 | Albutrepenonacogum alfa | Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu | 05909991326173 | 2021-07-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 4266,00 | 4479,30 | 1360,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Alectinibum | Alecensa, kaps. twarde, 150 mg | 224 szt. | 05902768001143 | 2021-07-01 | 2 lata | 1190.0, Alectinib | 22826,62 | 23967,95 | 23967,95 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Alemtuzumabum | Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg | 1 fiol. | 05909991088156 | 2021-01-01 | 2 lata | 1160.0, Alemtuzumab | 30038,04 | 31539,94 | 31539,94 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 30 | Alglucosidasum alfa | Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990623853 | 2021-03-01 | 3 lata | 1052.0, Alglucosidase alfa | 1892,16 | 1986,77 | 1986,77 | B.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 31 | Alirocumabum | Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 2 wstrzykiwacze | 05909991236618 | 2020-11-01 | 2 lata | 1181.0, Alirocumab | 1778,11 | 1867,02 | 1867,02 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |
| 32 | Amifampridinum | Firdapse, tabl., 10 mg | 100 szt. | 05055956400706 | 2021-11-01 | 2 lata | 1227.0, Amifamprydyna | 8505,00 | 8930,25 | 8930,25 | B.121. | bezpłatny | 0 zł |
| 33 | Anakinrum | Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml | 7 amp.-strz. po 0,67 ml | 07350031442090 | 2021-05-01 | 2 lata | 1153.0, Anakinra | 859,46 | 902,43 | 902,43 | B.86. | bezpłatny | 0 zł |
| 34 | Anakinrum | Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml | 7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką | 07350031443271 | <1>2022-07-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1153.0, Anakinra | 859,46 | 902,43 | 902,43 | <1>B.33; <2>B.86. | bezpłatny | 0 zł |
| 35 | Apalutamidum | Erleada, tabl. powł., 60 mg | 120 szt. | 05413868117059 | 2022-03-01 | 2 lata | 1240.0, Apalutamid | 14472,00 | 15195,60 | 15195,60 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|---|-----------------------|--|---|-------------------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 36 | Apomorphini hydrochloridum hemihydricum | Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 5 fioł.a 20 ml | 05909991247904 | 2020-09-01 | 2 lata | 1177.0, Apomorfina | 846,72 | 889,06 | 889,06 | B.90. | bezpłatny | 0 zł |
| 37 | Atalurenium | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg | 30 sasz. | 05391528830510 | 2022-03-01 | 2 lata | 1239.0, Ataluren | 112877,80 | 118521,69 | 118521,69 | B.130. | bezpłatny | 0 zł |
| 38 | Atalurenium | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg | 30 sasz. | 05391528830497 | 2022-03-01 | 2 lata | 1239.0, Ataluren | 14109,72 | 14815,21 | 14815,21 | B.130. | bezpłatny | 0 zł |
| 39 | Atalurenium | Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg | 30 sasz. | 05391528830503 | 2022-03-01 | 2 lata | 1239.0, Ataluren | 28219,45 | 29630,42 | 29630,42 | B.130. | bezpłatny | 0 zł |
| 40 | Atezolizumabum | Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg | 1 fioł.a 20 ml | 05902768001167 | <1>2022-05-01/<2>2021-07-01 | 2 lata | 1183.0, Atezolizumab | 19389,24 | 20358,70 | 20358,70 | <1>B.5.; <2>B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 41 | Avelumabum | Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.po 10 ml | 04054839462153 | 2021-05-01 | 2 lata | 1223.0, Awelumab | 3996,00 | 4195,80 | 4195,80 | B.117. | bezpłatny | 0 zł |
| 42 | Axicabtagene ciloleucel | Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek | 1 worek po 68 ml | 05909991438487 | 2022-05-01 | 2 lata | 1226.1, Akcykabtagen cyloleucel | 1407665,52 | 1478048,80 | 1478048,80 | B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 43 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powł., 1 mg | 56 szt. | 05909991004439 | 2021-03-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1122.0, Akcystynib | 3275,64 | 3439,42 | 3439,42 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | Axitinibum | Inlyta, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991004460 | 2021-03-01 | 1 rok 6 miesięcy | 1122.0, Akcystynib | 16374,96 | 17193,71 | 17193,71 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 45 | Baricitinibum | Olumiant, tabl. powł., 2 mg | 35 szt. | 03837000170740 | 2022-01-01 | 2 lata | 1192.0, Baricytynib | 5194,85 | 5454,59 | 5454,59 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 46 | Baricitinibum | Olumiant, tabl. powł., 4 mg | 35 szt. | 03837000170825 | 2022-01-01 | 2 lata | 1192.0, Baricytynib | 5194,85 | 5454,59 | 5454,59 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Benralizumab | Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg | 1 amp.-strz. a 1 ml | 05000456031516 | 2022-05-01 | 2 lata | 1199.0, Benralizumab | 9294,12 | 9758,83 | 9758,83 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 48 | Benralizumab | Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg | 1 wstrzykiwacz a 1 ml | 05000456059213 | 2022-05-01 | 2 lata | 1199.0, Benralizumab | 9294,12 | 9758,83 | 9758,83 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Betainum anhydricum | Cystadane, proszek doustny, 1 g | 180 g | 05909990031900 | 2020-01-01 | 3 lata | 1084.0, Betaine anhydrous | 1728,00 | 1814,40 | 1814,40 | B.21. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | Bevacizumabum | Almysys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fioł.a 4 ml | 08436596260030 | 2021-09-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 496,80 | 521,64 | 521,64 | <4>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml | 1 fioł.po 4 ml | 05909990010486 | <1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2021-07-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata/<5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1171,80 | 1230,39 | 521,64 | <5>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fioł.a 4 ml | 08715131021863 | <1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01/<4>2021-07-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 541,46 | 568,53 | 521,64 | <4>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fioł.a 4 ml | 05909991451332 | 2022-03-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 456,30 | 479,12 | 479,12 | <4>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 54 | Bevacizumabum | Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fioł.a 4 ml | 05415062349359 | <1><2>2021-03-01/<3>2021-07-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 545,40 | 572,67 | 521,64 | <3>B.70. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------|---|---|--|--------------------------------------|------------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 55 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05901797710972 | 2021-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 475,20 | 498,96 | 498,96 | <4>B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 56 | Bexarotenum | Targretin, kaps. miękkie, 75 mg | 100 szt. | 05909990213504 | 2021-01-01 | 3 lata | 1129.0, Beksaroten | 3844,80 | 4037,04 | 4037,04 | B.66. | bezpłatny | 0 zł |
| 57 | Binimetinib | Mektovi, tabl. powł., 15 mg | 84 szt. | 03573994003922 | 2020-09-01 | 2 lata | 1214.0, Binimetyinib | 11688,98 | 12273,43 | 12273,43 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 58 | Blinatumomabum | Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg | 1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml | 05909991256371 | 2021-01-01 | 2 lata | 1188.0, Blinatumomab | 9984,83 | 10484,07 | 10484,07 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powł., 125 mg | 56 szt. | 05909991102869 | 2021-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 810,00 | 850,50 | 850,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powł., 62,5 mg | 56 szt. | 05909991102807 | 2021-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 405,00 | 425,25 | 425,25 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | Bosentanum | Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg | 56 szt. | 05907626708004 | 2021-09-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 1350,00 | 1417,50 | 850,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 62 | Bosutinibum | Bosulif, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909991056841 | 2021-07-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1163.0, Bosutynib | 2671,35 | 2804,92 | 2804,92 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 63 | Bosutinibum | Bosulif, tabl. powł., 500 mg | 28 szt. | 05909991056865 | 2021-07-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1163.0, Bosutynib | 13356,77 | 14024,61 | 14024,61 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 64 | Brentuximabum vedotinum | Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol. | 05909991004545 | 2020-09-01 | 2 lata | 1142.0, Brentuksymab vedotin | 13100,40 | 13755,42 | 13755,42 | B.66; B.77. | bezpłatny | 0 zł |
| 65 | Brigatinib | Alunbrig, tabl. powł., 180 mg | 28 szt. | 07038319119956 | 2021-07-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 17567,28 | 18445,64 | 18445,64 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Brigatinib | Alunbrig, tabl. powł., 90 mg | 28 szt. | 07038319119963 | 2021-07-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 8783,64 | 9222,82 | 9222,82 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Brigatinibum | Alunbrig, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 07038319119970 | 2021-07-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 2927,88 | 3074,27 | 3074,27 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Brigatinibum | Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg | 28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg) | 07038319119987 | 2021-07-01 | 2 lata | 1209.0, Brygatynib | 17567,28 | 18445,64 | 16139,94 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Brolucizumabum | Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml | 1 amp.-stryk. 0,165 ml | 07613421034993 | 2021-11-01 | 2 lata | 1235.0, Brolucizumab | 2847,61 | 2990,00 | 2990,00 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 70 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 03582186003947 | <1>2021-05-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 29665,44 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 03582186003954 | <1>2021-05-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 29665,44 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Cabozantinibum | Cabometyx, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 03582186003961 | <1>2021-05-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1175.0, Kabozantynib | 28252,80 | 29665,44 | 29665,44 | <1>B.5.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Carfilzomibum | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. | 05909991298470 | 2021-11-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 2184,84 | 2294,08 | 2294,08 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Carfilzomibum | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg | 1 fiol. | 05909991256388 | 2021-11-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 4369,68 | 4588,16 | 4588,16 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Cemiplimabum | Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg | 1 fiol. | 05909991408329 | 2021-11-01 | 2 lata | 1231.0, Cemiplimab | 23004,00 | 24154,20 | 24154,20 | B.125. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Ceritinibum | Zykadia, kaps. twarde, 150 mg | 150 szt. | 05909991220075 | 2022-01-01 | 2 lata | 1197.0, Cerytynib | 21089,56 | 22144,04 | 22144,04 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Certolizumabum pegol | Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml | 2 amp.-strz. | 05909990734894 | <1><2><3><5>2021-09-01/<4>2021-01-01 | <1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata | 1104.0, Certolizumab pegol | 2957,70 | 3105,59 | 3105,59 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 78 | Cetuximabum | Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990035946 | <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 | 2 lata | 1057.0, Cetuximab | 3828,60 | 4020,03 | 4020,03 | <1>B.4.; <2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-----|-------------------|----------------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------|--|-----------------|----------------|-----------------------------|------------------|--|----------|----------|----------|-------------------|-----------|------|
| 79 | Cetuximabum | Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990035922 | <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 | 2 lata | 1057.0, Cetuximab | 765,72 | 804,01 | 804,01 | <1>B.4.; <2>B.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 80 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909991256654 | 2022-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 324,00 | 340,20 | 340,20 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 81 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powł., 60 mg | 28 szt. | 05909991256685 | 2022-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Cinacalcetum | Cinacalcet Accord, tabl. powł., 90 mg | 28 szt. | 05909991256715 | 2022-05-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 972,00 | 1020,60 | 1020,60 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 83 | Cinacalcetum | Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909991417192 | 2022-03-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 319,68 | 335,66 | 335,66 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 84 | Cinacalcetum | Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg | 28 szt. | 05909991417253 | 2022-03-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 639,36 | 671,33 | 671,33 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Cinacalcetum | Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg | 28 szt. | 05909991417314 | 2022-03-01 | 3 lata | 1058.0, Cinacalcet | 959,04 | 1006,99 | 1006,99 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909990016297 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 417,91 | 438,81 | 340,20 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 87 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powł., 60 mg | 28 szt. | 05909990016341 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 835,80 | 877,59 | 680,40 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 88 | Cinacalcetum | Mimpara, tabl. powł., 90 mg | 28 szt. | 05909990016389 | 2022-07-01 | 2 lata | 1058.0, Cinacalcet | 1253,71 | 1316,40 | 1020,60 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 89 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 1 szt. | 04054839365331 | 2021-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 9534,11 | 10010,82 | 10010,82 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 90 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 4 szt. | 04054839365348 | 2021-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 38136,44 | 40043,26 | 40043,26 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 91 | Cladribinum | Mavenclad, tabl., 10 mg | 6 szt. | 04054839365355 | 2021-11-01 | 2 lata | 1200.0, Kladrybina | 57204,66 | 60064,89 | 60064,89 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 92 | Cobimetinibum | Cotellic, tabl. powł., 20 mg | 63 szt. | 05902768001136 | 2021-03-01 | 3 lata | 1158.0, Kobimetytib | 21600,00 | 22680,00 | 22680,00 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 93 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 200 mg | 60 szt. | 05909991004484 | 2021-01-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1151.0, Kryzotymib | 18587,23 | 19516,59 | 19516,59 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 94 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. | 05909991004507 | 2021-01-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1151.0, Kryzotymib | 23234,04 | 24395,74 | 24395,74 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 95 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 120 szt. | 05909991078591 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 17794,08 | 18683,78 | 18683,78 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 96 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991078584 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 4151,95 | 4359,55 | 4359,55 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 97 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 120 szt. | 05909991078645 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 26691,12 | 28025,68 | 28025,68 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Dabrafenibum | Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991078607 | 2021-01-01 | 2 lata | 1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib | 6227,93 | 6539,33 | 6539,33 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Dacomitinibum | Vizimpro, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 05415062343951 | 2021-07-01 | 2 lata | 1224.0, Dakomitytib | 9271,80 | 9735,39 | 3245,13 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 100 | Dacomitinibum | Vizimpro, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05415062343968 | 2021-07-01 | 2 lata | 1224.0, Dakomitytib | 9271,80 | 9735,39 | 6490,26 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Dacomitinibum | Vizimpro, tabl. powł., 45 mg | 30 szt. | 05415062343975 | 2021-07-01 | 2 lata | 1224.0, Dakomitytib | 9271,80 | 9735,39 | 9735,39 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 102 | Daratumumabum | Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml) | 1 fiol. 15 ml | 05413868119596 | 2022-03-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 32446,43 | 34068,75 | 34068,75 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991275235 | 2021-07-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 7210,32 | 7570,84 | 7570,84 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | Daratumumabum | Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991275228 | 2021-07-01 | 2 lata | 1187.0, Daratumumab | 1802,58 | 1892,71 | 1892,71 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 105 | 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 | 136,08 | 142,88 | 142,88 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 106 | 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 | 204,12 | 214,33 | 214,33 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | 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 | 272,16 | 285,77 | 285,77 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 108 | 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 | 340,20 | 357,21 | 357,21 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | 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 | 408,24 | 428,65 | 428,65 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | Darolutamidum | Nubeqa, tabl. powł., 300 mg | 112 szt. | 05908229303337 | 2022-03-01 | 2 lata | 1241.0, Darolutamid | 13214,88 | 13875,62 | 13875,62 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990671601 | <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 112 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powł., 140 mg | 30 szt. | 05909990818655 | <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 19613,56 | 20594,24 | 20594,24 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909990621323 | <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 5603,87 | 5884,06 | 5884,06 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 114 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powł., 50 mg | 60 szt. | 05909990621354 | <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 115 | Dazatynib | Sprycel, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990818631 | <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 | 3 lata | 1059.0, Dazatynib | 11207,74 | 11768,13 | 11768,13 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Denosumabum | Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 3 fiol.po 1,7 ml | 05909990935024 | 2022-07-01 | 2 lata | 1137.0, Denosumabum | 3549,80 | 3727,29 | 3727,29 | B.134. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Dexamethasonum | Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg | 1 implant doszklistkowy z aplikatorem | 05909990796663 | 2021-07-01 | 2 lata | 1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklonego | 4201,20 | 4411,26 | 4411,26 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg | 14 kaps. | 00646520415445 | 2020-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 1021,68 | 1072,76 | 1072,76 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | Dimethylis fumaras | Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg | 56 kaps. | 00646520415452 | 2020-09-01 | 2 lata | 1145.0, Fumaran dimetylu | 4086,72 | 4291,06 | 4291,06 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Dinutuximab beta | Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml | 1 fiol.po 4,5 ml | 05060146291736 | 2020-09-01 | 2 lata | 1208.0, Dinutuksymab beta | 39580,62 | 41559,65 | 41559,65 | B.110. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | Dupilumabum | Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg | 2 amp.-strzyk. po 1,14 ml | 05909991404741 | 2022-05-01 | 2 lata | 1230.0, Dupilumab | 4884,93 | 5129,18 | 5129,18 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 122 | Dupilumabum | Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę | 05909991341435 | <1>2021-11-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1230.0, Dupilumab | 4884,93 | 5129,18 | 5129,18 | <1>B.124.; <2>B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 123 | Durvalumabum | Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.a 10 ml | 05000456031493 | 2021-01-01 | 2 lata | 1218.0, Durwalumab | 9828,00 | 10319,40 | 10319,40 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 124 | Durvalumabum | Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.a 2,4 ml | 05000456031486 | 2021-01-01 | 2 lata | 1218.0, Durwalumab | 2358,72 | 2476,66 | 2476,66 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 125 | Eculizumabum | Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. 30 ml | 05909990643776 | <1>2022-01-01/<2>2022-03-01 | <1>1 rok 10 miesięcy/<2>2 lata | 1171.0, Eculizumab | 18361,08 | 19279,13 | 19279,13 | <1>B.95.; <2>B.96. | bezpłatny | 0 zł |
| 126 | Efmorotocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246488 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 2592,00 | 2721,60 | 2721,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 127 | Efmoroctocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246495 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 3888,00 | 4082,40 | 4082,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Efmoroctocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246501 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5184,00 | 5443,20 | 5443,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 129 | Efmoroctocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246457 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Efmoroctocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246518 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 7776,00 | 8164,80 | 8164,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Efmoroctocogum alfa | Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania | 05909991246464 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441673 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 4201,20 | 4411,26 | 2721,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441680 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 8402,40 | 8822,52 | 5443,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441659 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 1050,30 | 1102,82 | 680,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441697 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 12603,60 | 13233,78 | 8164,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | Eftrenonacogum alpha | Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU | 1 fiol. proszku + 1 amp.-stryk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania | 07350031441666 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 2100,60 | 2205,63 | 1360,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 137 | Elbasvirum + Grazoprevirum | Zepatier, tabl. powł., 50+100 mg | 28 szt. | 05901549325102 | 2021-05-01 | 3 lata | 1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir | 43092,00 | 45246,60 | 45246,60 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Eliglustatum | Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg | 56 szt. | 05909991205942 | 2022-03-01 | 2 lata | 1204.0, Eliglustat | 81253,99 | 85316,69 | 85316,69 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 139 | Eltrombopagum | Revolade, tabl. powł., 25 mg | 28 szt. | 05909990748204 | <1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01 | 2 lata | 1172.0, Eltrombopag | 3218,23 | 3379,14 | 3379,14 | <1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127. | bezpłatny | 0 zł |
| 140 | Eltrombopagum | Revolade, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990748235 | <1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01 | 2 lata | 1172.0, Eltrombopag | 6436,45 | 6758,27 | 6758,27 | <1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127. | bezpłatny | 0 zł |
| 141 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 03573994003939 | 2020-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 3433,32 | 3604,99 | 3604,99 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 142 | Encorafenibum | Braftovi, kaps. twarde, 75 mg | 42 szt. | 03573994003946 | 2020-09-01 | 2 lata | 1213.0, Enkorafenib | 6577,20 | 6906,06 | 6906,06 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 143 | Entecavirum | Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991363734 | <1>2020-01-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 91,79 | 96,38 | 96,38 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 144 | Entecavirum | Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909991363826 | 2020-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 183,58 | 192,76 | 192,76 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 145 | Entecavirum | Entecavir Polpharma, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991337957 | <1>2021-01-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 410,40 | 430,92 | 430,92 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 146 | Entecavirum | Entecavir Polpharma, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05909991337971 | 2021-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 820,80 | 861,84 | 861,84 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 147 | Entecavirum | Entekavir Adamed, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05906414003123 | <1>2021-03-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 361,80 | 379,89 | 379,89 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 148 | Entecavirum | Entekavir Adamed, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05906414003130 | 2021-03-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 723,60 | 759,78 | 759,78 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 149 | Entecavirum monohydricum | Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05055565742532 | <1>2021-01-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 215,95 | 226,75 | 226,75 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | Entecavirum monohydricum | Entecavir Accord, tabl. powł., 1 mg | 30 szt. | 05055565742549 | 2021-01-01 | 3 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 431,89 | 453,48 | 453,48 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | Entecavirum monohydricum | Entecavir Zentiva, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991369576 | <1>2022-03-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir | 87,48 | 91,85 | 91,85 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | 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 | 174,96 | 183,71 | 183,71 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | Enzalutamidum | Xtandi, kaps. miękkie, 40 mg | 112 szt. | 05909991080938 | 2022-03-01 | 2 lata | 1168.0, Enzalutamid | 13296,96 | 13961,81 | 13961,81 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 154 | Enzalutamidum | Xtandi, tabl. powł., 40 mg | 112 szt. | 05909991415242 | 2022-03-01 | 2 lata | 1168.0, Enzalutamid | 13296,96 | 13961,81 | 13961,81 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 155 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072378 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 162,00 | 170,10 | 170,10 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 156 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml | 6 amp.-strz.po 1 ml | 05909990072392 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 324,00 | 340,20 | 340,20 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 157 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml | 6 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990072439 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 486,00 | 510,30 | 510,30 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |
| 158 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml | 6 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990072453 | 2022-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.37. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|---|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 159 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg | 1 fiol. | 05909991089085 | 2020-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 94,28 | 98,99 | 98,99 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 160 | Epoprostenolum | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg | 1 fiol. | 05909991089092 | 2020-11-01 | 3 lata | 1130.0, Epoprostenol | 282,85 | 296,99 | 296,99 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 161 | Erenumabum | Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml | 1 wstrzykiwacz 1 ml | 07613421024604 | 2022-07-01 | 2 lata | 1245.0, Erenumab | 1974,05 | 2072,75 | 2072,75 | B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 162 | Etanerceptum | Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml | 4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików | 05909990880881 | 2019-09-01 | 3 lata | 1050.21, blokery TNF - etanercept - 2 | 550,80 | 578,34 | 578,34 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 163 | Etanerceptum | Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików | 05909990777938 | <1><2><3>2019-09-01/<4>2021-11-01/<5>2021-01-01 | <1><2><3> lata/<4>3 lata/<5>2 lata | 1050.21, blokery TNF - etanercept - 2 | 1377,00 | 1445,85 | 1445,85 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 164 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg | 4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem | 05909990618255 | <1>2021-11-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2754,00 | 2891,70 | 2154,60 | <1>B.47.; <2>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 165 | Etanerceptum | Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem | 05909990712755 | <1>2021-11-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2754,00 | 2891,70 | 2154,60 | <1>B.47.; <2>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 166 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg | 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | 09002260025770 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1026,00 | 1077,30 | 1077,30 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 167 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 4 amp.-strzyk. | 09002260025794 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 168 | Etanerceptum | Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 4 wstrzykiwacze 1 ml | 09002260025787 | <1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990711598 | <1>2022-07-01/<2>2020-11-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 12960,00 | 13608,00 | 8334,90 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Everolimusum | Afinitor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990711567 | <1>2022-07-01/<2>2020-11-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 9309,60 | 9775,08 | 4167,45 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991383596 | 2022-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 7938,00 | 8334,90 | 8334,90 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 172 | Everolimusum | Everolimus Accord, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991383565 | 2022-03-01 | 3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 3969,00 | 4167,45 | 4167,45 | B.10.; B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 173 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991372538 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 4536,00 | 4762,80 | 4762,80 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 174 | Everolimusum | Everolimus Stada, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991372514 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1086.0, Ewerolimus | 2268,00 | 2381,40 | 2381,40 | <1>B.10.; <2>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 175 | Everolimusum | Votubia, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990900602 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 14580,00 | 15309,00 | 15309,00 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 176 | Everolimusum | Votubia, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990900565 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 5238,00 | 5499,90 | 5499,90 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Everolimusum | Votubia, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990900589 | 2021-05-01 | 2 lata 4 miesiące | 1086.1, Ewerolimus - 2 | 10476,00 | 10999,80 | 10999,80 | B.89. | bezpłatny | 0 zł |
| 178 | Evolocumabum | Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg | 2 wstrzykiwacze | 05909991224370 | 2020-11-01 | 2 lata | 1198.0, Ewolokumab | 1700,14 | 1785,15 | 1785,15 | B.101. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------------------|--|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 179 | 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 przeniesienia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990645220 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1814,40 | 1905,12 | 1905,12 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 180 | 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 przeniesienia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji | 05909990643110 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 907,20 | 952,56 | 952,56 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 181 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. | 05909990799374 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1587,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 182 | Factor IX coagulationis humanus | Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. | 05909990799367 | 2022-07-01 | 3 lata | 1091.2, Factor IX coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 793,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 183 | Factor VIII coagulationis humanus | Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m. | 1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml | 05909991213695 | 2019-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1939,14 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Factor VIII coagulationis humanus | Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m. | 1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml | 05909991213688 | 2019-11-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 969,57 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573615 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1360,80 | 1428,84 | 1428,84 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573554 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 340,20 | 357,21 | 357,21 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Factor VIII coagulationis humanus | Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol. | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny | 05909990573561 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 680,40 | 714,42 | 714,42 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 188 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825349 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 1846,80 | 1939,14 | 1939,14 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825301 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 461,70 | 484,79 | 484,79 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Factor VIII coagulationis humanus | Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania | 05909990825332 | 2022-07-01 | 3 lata | 1090.2, Factor VIII coagulationis humanus | 923,40 | 969,57 | 969,57 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Fedratinibum | Inrebic, kaps. twarde, 100 mg | 120 szt. | 07640133688596 | 2022-07-01 | 2 lata | 1247.0, Fedratynib | 21878,10 | 22972,01 | 22972,01 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Fingolimodum | Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg | 28 szt. | 05909990856480 | 2022-03-01 | 2 lata | 1105.0, Fingolimod | 5092,06 | 5346,66 | 5346,66 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Fremanezumabum | Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg | 1 amp.-strzyk. 1,5 ml | 05909991396497 | 2022-07-01 | 2 lata | 1246.0, Fremanezumab | 1890,00 | 1984,50 | 1984,50 | B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 194 | Givosiranum | Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 08720165814046 | 2022-01-01 | 2 lata | 1237.0, Givosyran | 171952,93 | 180550,58 | 180550,58 | B.128.FM. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Glatirameri acetat | Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 28 amp.-strzyk. | 05909990017065 | 2020-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetat | 3240,00 | 3402,00 | 2447,17 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Glatirameri acetat | Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 12 amp.-strz.po 1 ml | 05909991216382 | 2019-11-01 | 3 lata | 1061.0, Glatirameri acetat | 3510,00 | 3685,50 | 2097,57 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------------|--|------------------------|--|--|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 197 | Glatirameri acetat | Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 28 amp.-strz. po 1 ml | 05909991282882 | 2020-11-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetat | 2330,64 | 2447,17 | 2447,17 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 198 | Glatirameri acetat | Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/ml | 12 amp.-strz. po 1 ml | 05909991353926 | 2020-09-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetat | 1998,00 | 2097,90 | 2097,57 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Glecaprevirum + Pibrentasvirum | Maviret, tabl. powł., 100+40 mg | 84 szt. | 08054083015927 | 2020-09-01 | 2 lata | 1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir | 53222,40 | 55883,52 | 55883,52 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 200 | Golimimumabum | Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909990717187 | 2019-09-01 | 3 lata | 1050.4, blokery TNF - golimumab | 2772,63 | 2911,26 | 2911,26 | B.33.; B.35.; B.36. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Guselkumabum | Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 amp.-strzyk. po 1 ml | 05413868113006 | 2020-09-01 | 2 lata | 1212.0, Guselkumab | 9720,00 | 10206,00 | 10206,00 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Ibrutinibum | Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg | 90 szt. | 05909991195137 | 2021-01-01 | 2 lata | 1166.0, Ibrutinib | 23328,00 | 24494,40 | 24494,40 | B.92. | bezpłatny | 0 zł |
| 203 | Idursulfasum | Elapraxe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. po 3 ml | 05909990053742 | 2020-01-01 | 3 lata | 1062.0, Idursulfase | 10464,31 | 10987,53 | 10987,53 | B.25. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Iloprostum | Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml | 42 amp. 1 ml | 05908229300633 | 2022-01-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1801,25 | 1891,31 | 1891,31 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Iloprostum | Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml | 30 amp. po 1 ml | 05909990609079 | 2022-07-01 | 3 lata | 1063.0, Iloprost | 1350,00 | 1417,50 | 1417,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05055565726983 | <1>2020-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 216,00 | 226,80 | 226,80 | <2>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05055565726990 | <1>2020-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 432,00 | 453,60 | 453,60 | <2>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 208 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909991053895 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 302,40 | 317,52 | 311,85 | <4>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909991053963 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 604,80 | 635,04 | 623,70 | <4>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 100 mg | 60 szt. | 05909991051181 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 297,00 | 311,85 | 311,85 | <4>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 211 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 400 mg | 30 szt. | 05909991051259 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 594,00 | 623,70 | 623,70 | <4>B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Imiglucerasum | Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol. po 10 ml | 05909990943012 | 2022-07-01 | 3 lata | 1065.0, Imiglucerasum | 5797,75 | 6087,64 | 6087,64 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | 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 | 810,00 | 850,50 | 850,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | 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 | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 215 | 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>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 507,60 | 532,98 | 532,98 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 216 | 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>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1015,20 | 1065,96 | 1065,96 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|--|----------------------|--|---|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 217 | 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>2020-09-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 253,80 | 266,49 | 266,49 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 218 | Immunoglobulinum humanum | Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991067380 | <1>2022-07-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 2538,00 | 2664,90 | 2664,90 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 219 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 400 ml | 05909991078676 | <1>2021-11-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 9720,00 | 10206,00 | 10206,00 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909991292898 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 561,60 | 589,68 | 589,68 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991292874 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1123,20 | 1179,36 | 1179,36 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 222 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05909991292904 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 2246,40 | 2358,72 | 2358,72 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 223 | Immunoglobulinum humanum normale | Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991292881 | <1>2017-11-01/<2>2020-11-01 | <1>5 lat/<2>3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 280,80 | 294,84 | 294,84 | <1>B.17.; <2>B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Immunoglobulinum humanum normale | Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990729883 | 2019-11-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 337,50 | 354,38 | 354,38 | B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | Immunoglobulinum humanum normale | Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990729944 | 2019-11-01 | 3 lata | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 675,00 | 708,75 | 708,75 | B.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991072896 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 3240,00 | 3402,00 | 3402,00 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 227 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909991072902 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 6480,00 | 6804,00 | 6804,00 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991072872 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 810,00 | 850,50 | 850,50 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 300 ml | 05909991072926 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 9720,00 | 10206,00 | 10206,00 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 230 | Immunoglobulinum humanum normale | HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991072889 | 2020-09-01 | 2 lata 8 miesięcy | 1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum | 1620,00 | 1701,00 | 1701,00 | B.17.; B.62. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05909990425143 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 243,00 | 255,15 | 255,15 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05909990425174 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2430,00 | 2551,50 | 2551,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 200 ml | 05909990425181 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4860,00 | 5103,00 | 5103,00 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 25 ml | 05909990425150 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 607,50 | 637,88 | 637,88 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 235 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 300 ml | 05909990782208 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 7290,00 | 7654,50 | 7654,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 236 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05909990425167 | <1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1215,00 | 1275,75 | 1275,75 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 237 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990725793 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2430,00 | 2551,50 | 2551,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|---|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 238 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 05909990725809 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4860,00 | 5103,00 | 5103,00 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 239 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990725823 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 607,50 | 637,88 | 637,88 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 240 | Immunoglobulinum humanum normale (IgG) | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990725786 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1215,00 | 1275,75 | 1275,75 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji | 05909990049875 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1215,00 | 1275,75 | 1275,75 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji | 05909990049882 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2430,00 | 2551,50 | 2551,50 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum | Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l | 1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji | 05909990049851 | <1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01 | 3 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 607,50 | 637,88 | 637,88 | <1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Infliximabum | Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05713219492751 | <1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2022-05-01 | <1><5><6>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 939,60 | 986,58 | 782,46 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | Infliximabum | Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991086305 | 2021-01-01 | 3 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 745,20 | 782,46 | 782,46 | <1>B.32.; <2>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Infliximabum | Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 07613421020903 | <1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01 | <1><5><6>3 lata/<2><3><4>2 lata | 1050.3, blokery TNF - infliksimab | 810,00 | 850,50 | 782,46 | <1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Inotuzumabum ozogamicini | Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. proszku | 05907636977193 | 2021-01-01 | 2 lata | 1219.0, Inotuzumab ozogamicyny | 42973,20 | 45121,86 | 45121,86 | B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | Interferon beta-1b | Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg | 15 zest. | 05909990619375 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.5, Interferonum beta 1b | 2674,08 | 2807,78 | 2807,78 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 amp.-strz. + 4 igły | 05909990008148 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2928,68 | 3075,11 | 3075,11 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Interferonum beta-1a | Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml | 4 wstrz. | 05909991001407 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg | 2928,68 | 3075,11 | 3075,11 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 12 amp.-strz.a 0,5 ml | 05909990874934 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3855,60 | 4048,38 | 4048,38 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 252 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 4 wkł.a 1,5 ml | 05909990728497 | 2020-09-01 | 2 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 3855,60 | 4048,38 | 4048,38 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 253 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990872442 | <1>2022-05-01/<2>2021-09-01 | 2 lata | 1124.0, Ipilimumab | 13622,90 | 14304,05 | 14304,05 | <1>B.10.; <2>B.59. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|---|----------------------|--|--|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 254 | Ipilimumabum | Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990872459 | <1>2022-05-01/<2>2021-09-01 | 2 lata | 1124.0, Ipilimumab | 54491,61 | 57216,19 | 57216,19 | <1>B.10.; <2>B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Ivacaftorum | Kalydeco, tabl. powł., 150 mg | 28 szt. | 00351167136201 | 2022-03-01 | 1 rok 4 miesiące | 1216.0, Iwakaftor | 27103,63 | 28458,81 | 28458,81 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Ivacaftorum | Kalydeco, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 00351167104606 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Ivacaftorum | Kalydeco, granulaty w saszetce, 50 mg | 56 szt. | 00351167112205 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Ivacaftorum | Kalydeco, tabl. powł., 75 mg | 28 szt. | 00351167144503 | 2022-03-01 | 1 rok 4 miesiące | 1216.0, Iwakaftor | 27103,63 | 28458,81 | 28458,81 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Ivacaftorum | Kalydeco, granulaty w saszetce, 75 mg | 56 szt. | 00351167113103 | 2020-11-01 | 2 lata | 1216.0, Iwakaftor | 67176,00 | 70534,80 | 70534,80 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Ivacaftorum + Lumacaftorum | Orkambi, granulaty, 125+100 mg | 56 sasz. | 00351167131701 | 2022-03-01 | 2 lata | 1216.1, Iwakaftor, lumakaftor | 48511,44 | 50937,01 | 50937,01 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | Ivacaftorum + Lumacaftorum | Orkambi, granulaty, 188+150 mg | 56 sasz. | 00351167131800 | 2022-03-01 | 2 lata | 1216.1, Iwakaftor, lumakaftor | 48511,44 | 50937,01 | 50937,01 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Ivacaftorum + Tezacaftorum | Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg | 28 szt. | 00351167136102 | 2022-03-01 | 2 lata | 1216.2, Iwakaftor, tezakaftor | 21234,93 | 22296,68 | 22296,68 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | Ivacaftorum + Tezacaftorum | Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg | 28 szt. | 00351167144404 | 2022-03-01 | 2 lata | 1216.2, Iwakaftor, tezakaftor | 21234,93 | 22296,68 | 22296,68 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 264 | Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum | Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg | 56 szt. | 00351167143902 | 2022-03-01 | 2 lata | 1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor | 47389,85 | 49759,34 | 49759,34 | B.112. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg | 3 szt. | 03400930077696 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 10833,81 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg | 3 szt. | 03400930077719 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 14131,06 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Ixazomibum | Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg | 3 szt. | 03400930077726 | 2021-05-01 | 2 lata | 1222.0, Iksazomib | 17944,20 | 18841,41 | 18841,41 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Ixekizumabum | Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml | 2 wstrzykiwacze 1 ml | 05909991282950 | <1>2021-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2020-11-01 | 2 lata | 1184.0, Ikskizumab | 9280,85 | 9744,89 | 9744,89 | <1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Karfilzomib | Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol. | 05909991298463 | 2021-05-01 | 2 lata | 1189.0, Karfilzomib | 728,28 | 764,69 | 764,69 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Ketoanalogi aminokwasów | Ketosteril, tabl. powł., 630 mg | 100 szt. | 05909990338511 | 2021-03-01 | 2 lata | 1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami | 169,70 | 178,19 | 178,19 | B.113. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Lamivudinum | Lamivudine Mylan, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909991259907 | 2020-01-01 | 3 lata | 1067.0, Lamivudinum | 90,72 | 95,26 | 95,26 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Lamivudinum | Zeffix, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990479610 | 2022-01-01 | 3 lata | 1067.0, Lamivudinum | 107,50 | 112,88 | 95,26 | B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Lanadelumabum | Takzhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg | 1 fiol. | 05060147027884 | 2021-09-01 | 2 lata | 1228.0, Lanadelumab | 65590,56 | 68870,09 | 68870,09 | B.122. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powł., 250 mg | 140 szt. | 05909990851973 | 2021-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 6457,49 | 6780,36 | 6780,36 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 275 | Lapatynibum | Tyverb, tabl. powł., 250 mg | 70 szt. | 05909990851966 | 2021-05-01 | 2 lata | 1068.0, Lapatynib | 3228,75 | 3390,19 | 3390,19 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 276 | Laronidasum | Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990005673 | 2022-07-01 | 3 lata | 1069.0, Laronidasum | 2304,72 | 2419,96 | 2419,96 | B.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Ledipasvirum + Sofosbuvirum | Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg | 28 szt. | 05391507141217 | 2019-11-01 | 3 lata | 1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir | 56158,92 | 58966,87 | 58966,87 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 278 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05055565770863 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1950,48 | 2048,00 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05055565770870 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2925,72 | 3072,01 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05055565770887 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4876,20 | 5120,01 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Lenalidomidum | Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05055565770856 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 975,24 | 1024,00 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 08595112678558 | 2022-07-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1948,21 | 2045,62 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 08595112678565 | 2022-07-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2922,32 | 3068,44 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 284 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 08595112678572 | 2022-07-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4870,53 | 5114,06 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 285 | Lenalidomidum | Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 08595112678541 | 2022-07-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 974,11 | 1022,82 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737627 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1948,21 | 2045,62 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 287 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737634 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2922,32 | 3068,44 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 288 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737641 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4870,53 | 5114,06 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | Lenalidomidum | Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. (blister) | 03838989737658 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 974,11 | 1022,82 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 290 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05901797710910 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1950,48 | 2048,00 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 291 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05901797710996 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2925,72 | 3072,01 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 292 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05901797710934 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4876,20 | 5120,01 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 293 | Lenalidomidum | Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05901797710903 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 975,24 | 1024,00 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 294 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05907626709094 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1950,48 | 2048,00 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 295 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05907626709100 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2925,72 | 3072,01 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 296 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05907626709124 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4876,20 | 5120,01 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 297 | Lenalidomidum | Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05907626709070 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 975,24 | 1024,00 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 298 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470302 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1950,48 | 2048,00 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470319 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2925,72 | 3072,01 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470333 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4876,20 | 5120,01 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Lenalidomidum | Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. (blister) | 05909991470258 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 975,24 | 1024,00 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 302 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909991447830 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 1950,48 | 2048,00 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------|--|--|--|---|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 303 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909991447854 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 2925,72 | 3072,01 | 3068,43 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 304 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909991447892 | 2022-05-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 4876,20 | 5120,01 | 5114,05 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 305 | Lenalidomidum | Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909991447793 | 2022-05-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 975,24 | 1024,00 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 306 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 10 mg | 21 szt. | 05909990086702 | <1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 14276,96 | 14990,81 | 2045,62 | <1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 15 mg | 21 szt. | 05909990086764 | <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 15059,12 | 15812,08 | 3068,43 | <1>B.54.; <2>B.93 | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 25 mg | 21 szt. | 05909990086771 | <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 | 2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 16564,76 | 17393,00 | 5114,05 | <1>B.54.; <2>B.93 | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 5 mg | 21 szt. | 05909990086696 | <1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1120.0, Lenalidomid | 13616,86 | 14297,70 | 1022,81 | <1>B.54.; <2>B.84.; <3>B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Letermovir | Prevymis, tabl. powł., 240 mg | 28 szt. | 00191778018905 | 2022-07-01 | 2 lata | 1248.0, Letermowir | 19440,00 | 20412,00 | 20412,00 | B.132. | bezpłatny | 0 zł |
| 311 | Letermovir | Prevymis, tabl. powł., 480 mg | 28 szt. | 00191778018899 | 2022-07-01 | 2 lata | 1248.0, Letermowir | 38880,00 | 40824,00 | 40824,00 | B.132. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Levodopum + Carbidopum | Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml | 1 szt. (7 kasetek po 100 ml) | 05909990419135 | 2021-05-01 | 3 lata | 1162.0, Lewodopa, karbidopa | 2773,53 | 2912,21 | 2912,21 | B.90. | bezpłatny | 0 zł |
| 313 | Levofloxacinum | Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg | 56 amp. | 08025153003014 | 2021-11-01 | 2 lata | 1234.0, Lewofloksacyna | 10746,00 | 11283,30 | 11283,30 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 314 | L-kamityna | L-kamityna, proszek, 1 g | 50 sasz. | 05016533045017 | 2022-03-01 | 2 lata | 1205.0, L-Kamityna | 2021,14 | 2122,20 | 2122,20 | B.109. | bezpłatny | 0 zł |
| 315 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326111 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 2268,00 | 2381,40 | 2381,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 316 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326128 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 3402,00 | 3572,10 | 3572,10 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326135 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 4536,00 | 4762,80 | 4762,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326098 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 567,00 | 595,35 | 595,35 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 319 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326142 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5670,00 | 5953,50 | 5953,50 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326159 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 6804,00 | 7144,20 | 7144,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Lonoctocog alfa | Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania | 05909991326104 | 2020-09-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1134,00 | 1190,70 | 1190,70 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | Lorlatinibum | Lorviqua, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05415062343531 | 2021-07-01 | 2 lata | 1225.0, Lorlatynib | 21747,53 | 22834,91 | 22834,91 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 323 | Lorlatinibum | Lorviqua, tabl. powł., 25 mg | 90 szt. | 05415062348147 | 2021-07-01 | 2 lata | 1225.0, Lorlatynib | 16310,65 | 17126,18 | 17126,18 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Lumasiranum | Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnym, 94,5 mg/0,5ml | 1 fiol. 0,5 ml | 08720165814138 | 2022-03-01 | 2 lata | 1238.0, Lumazyran | 331420,09 | 347991,09 | 347991,09 | B.129.FM. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------|---|--|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 325 | Macytentan | Opsumit, tabl. powł., 10 mg | 30 tabl. | 07640111931133 | 2019-09-01 | 3 lata | 1139.0, Macytentan | 10277,90 | 10791,80 | 10791,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Mecaserminum | Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990076024 | 2020-09-01 | 3 lata | 1071.0, Mecasermine | 2664,93 | 2798,18 | 2798,18 | B.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 ampulko-strzykawka | 05909991407148 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Mepolizumabum | Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991246617 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Mepolizumabum | Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 wstrzykiwacz | 05909991407018 | 2021-11-01 | 3 lata | 1167.0, Mepolizumab | 4212,00 | 4422,60 | 4422,60 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Mercaptamini bitartras | Cystagon, kaps. twarde, 150 mg | 100 szt. | 05909990213689 | 2021-09-01 | 2 lata | 1084.1, Cysteamina | 978,48 | 1027,40 | 1027,40 | B.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 112 szt. | 05909991341527 | 2021-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 56190,48 | 59000,00 | 59000,00 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 332 | Midostaurinum | Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg | 56 szt. | 05909991353995 | 2021-05-01 | 2 lata | 1221.0, Midostauryna | 28095,24 | 29500,00 | 29500,00 | B.114.; B.115. | bezpłatny | 0 zł |
| 333 | Migalastatum | Galafold, kaps. twarde, 123 mg | 14 szt. | 05909991390273 | 2020-11-01 | 2 lata | 1215.0, Migalastatum | 64570,89 | 67799,43 | 67799,43 | B.104. | bezpłatny | 0 zł |
| 334 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819515 | 2021-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 2592,00 | 2721,60 | 2721,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990010554 | 2021-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5184,00 | 5443,20 | 5443,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819317 | 2021-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Moroctocogum alfa | ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml) | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909990819416 | 2021-11-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 338 | Natalizumabum | Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol.po 15 ml | 05909990084333 | 2020-09-01 | 2 lata | 1116.0, Natalizumab | 6156,00 | 6463,80 | 6463,80 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Nilotinibum | Tasigna, kaps. twarde, 200 mg | 112 szt. | 05909990073535 | 2020-11-01 | 3 lata | 1072.0, Nilotynib | 10588,46 | 11117,88 | 11117,88 | B.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Nintedanibum | Ofev, kaps. miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991206444 | <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1173.0, Nintedanib | 5238,00 | 5499,90 | 5499,90 | <1>B.87.; <2>B.135. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Nintedanibum | Ofev, kaps. miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991206468 | <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1173.0, Nintedanib | 9288,00 | 9752,40 | 9752,40 | <1>B.87.; <2>B.135. | bezpłatny | 0 zł |
| 342 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg | 120 szt. | 05909991203894 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 9743,12 | 10230,28 | 10230,28 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg | 60 szt. | 05909991203887 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 6192,00 | 6501,60 | 6501,60 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Nintedanibum | Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg | 60 szt. | 05909991203900 | 2020-09-01 | 2 lata | 1178.0, Nintedanib - 2 | 9288,00 | 9752,40 | 9752,40 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 345 | Niraparibum | Zejula, kaps. twarde, 100 mg | 56 szt. | 05909991425487 | 2022-01-01 | 2 lata | 1236.0, Niraparyb | 21119,63 | 22175,61 | 22175,61 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Niraparibum | Zejula, kaps. twarde, 100 mg | 84 szt. | 05909991425494 | 2022-01-01 | 2 lata | 1236.0, Niraparyb | 31679,45 | 33263,42 | 33263,42 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg | 60 szt. | 05909991358334 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 5212,35 | 5472,97 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991358310 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1042,47 | 1094,59 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Nitisinonum | Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg | 60 szt. | 05909991358327 | 2020-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 2606,18 | 2736,49 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 10 mg | 60 kaps. | 05909990214778 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 6318,00 | 6633,90 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------|---|--------------------------------------|--|---|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 351 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 10 mg | 60 kaps. | 07350031442182 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 6318,00 | 6633,90 | 5472,95 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 352 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 2 mg | 60 kaps. | 05909990214754 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1263,60 | 1326,78 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 353 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 2 mg | 60 kaps. | 07350031442267 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 1263,60 | 1326,78 | 1094,59 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 354 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 20 mg | 60 kaps. | 05909991218133 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 12636,00 | 13267,80 | 10945,90 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 355 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 20 mg | 60 kaps. | 07350031441833 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 12636,00 | 13267,80 | 10945,90 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 356 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 5 mg | 60 kaps. | 05909990214761 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 3159,00 | 3316,95 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 357 | Nitisinonum | Orfadin, kaps. twarde, 5 mg | 60 kaps. | 07350031442229 | 2019-11-01 | 3 lata | 1140.0, Nityzynon | 3159,00 | 3316,95 | 2736,48 | B.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 358 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991220518 | <1><5>2020-09-01/<3><4>2021-09-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 6388,86 | 6708,30 | 6708,30 | <1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 359 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909991220501 | <1><5>2020-09-01/<3><4>2021-09-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 2555,54 | 2683,32 | 2683,32 | <1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 360 | 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 | 2589,67 | 2719,15 | 2719,15 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 361 | 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 | 5179,33 | 5438,30 | 5438,30 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 362 | 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 | 647,42 | 679,79 | 679,79 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 363 | 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 | 1294,83 | 1359,57 | 1359,57 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 364 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210120 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 2592,00 | 2721,60 | 2721,60 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 365 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210137 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 5184,00 | 5443,20 | 5443,20 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210090 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 648,00 | 680,40 | 680,40 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 367 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210144 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 7776,00 | 8164,80 | 8164,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 368 | Nonacogum gamma (rDNA) | Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml | 1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml | 05909991210106 | 2021-09-01 | 2 lata | 1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 369 | Nusinersenum | Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg | 1 fiol. 5 ml | 05713219500975 | 2021-01-01 | 2 lata | 1185.0, Nusinersen | 325080,00 | 341334,00 | 341334,00 | B.102. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 370 | Obinutuzumabum | Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 40 ml | 05902768001105 | <1>2022-01-01/<2>2020-09-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1148.0, Obinutuzumab | 11502,00 | 12077,10 | 12077,10 | <1>B.12.; <2>B.79. | bezpłatny | 0 zł |
| 371 | Ocrelizumabum | Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml | 10 ml | 05902768001174 | 2021-11-01 | 2 lata | 1201.0, Okrelizumab | 22499,64 | 23624,62 | 23624,62 | B.46. | bezpłatny | 0 zł |
| 372 | 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 | 2667,60 | 2800,98 | 2800,98 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 373 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224357 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 4001,40 | 4201,47 | 4201,47 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 374 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990697441 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5335,20 | 5601,96 | 5601,96 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 375 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224302 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 666,90 | 700,25 | 700,25 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 376 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990697458 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 8002,80 | 8402,94 | 8402,94 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 377 | Octocogum alfa | Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml | 05909990224333 | 2022-01-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1333,80 | 1400,49 | 1400,49 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 378 | Olaparibum | Lynparza, tabl. powł., 100 mg | 56 szt. | 05000456031325 | 2021-05-01 | 2 lata | 1149.0, Olaparyb | 10586,16 | 11115,47 | 11115,47 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 379 | Olaparibum | Lynparza, tabl. powł., 150 mg | 56 szt. | 05000456031318 | 2021-05-01 | 2 lata | 1149.0, Olaparyb | 10586,16 | 11115,47 | 11115,47 | B.50. | bezpłatny | 0 zł |
| 380 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg | 1 amp.-strzyk. 1 ml | 05909990708406 | 2022-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 1332,06 | 1398,66 | 1398,66 | B.44.; B.107. | bezpłatny | 0 zł |
| 381 | Omalizumabum | Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml | 05909990708376 | 2022-01-01 | 2 lata | 1102.0, Omalizumabum | 666,03 | 699,33 | 699,33 | B.44. | bezpłatny | 0 zł |
| 382 | Osimertinibum | Tagrisso, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05000456012058 | 2021-01-01 | 2 lata | 1169.0, Ozymertynib | 24840,00 | 26082,00 | 13041,00 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 383 | Osimertinibum | Tagrisso, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05000456012065 | 2021-01-01 | 2 lata | 1169.0, Ozymertynib | 24840,00 | 26082,00 | 26082,00 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 384 | Paclitaxelum albuminatum | Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 100 mg | 05909990930265 | 2021-01-01 | 3 lata | 1032.1, Paclitaxelum albuminatum | 930,85 | 977,39 | 977,39 | B.85. | bezpłatny | 0 zł |
| 385 | Palbociclibum | Ibrance, tabl. powł., 100 mg | 21 szt. | 05415062353684 | 2021-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9666,00 | 10149,30 | 8119,44 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 386 | Palbociclibum | Ibrance, tabl. powł., 125 mg | 21 szt. | 05415062353691 | 2021-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9666,00 | 10149,30 | 10149,30 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 387 | Palbociclibum | Ibrance, tabl. powł., 75 mg | 21 szt. | 05415062353677 | 2021-09-01 | 2 lata | 1194.0, Palbocyklib | 9666,00 | 10149,30 | 6089,58 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 388 | Palivizumabum | Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 0,5 ml | 05000456067720 | 2021-09-01 | 3 lata | 1073.0, Palivizumab | 1585,71 | 1665,00 | 1665,00 | B.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 389 | Palivizumabum | Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 1 ml | 05000456067713 | 2021-09-01 | 3 lata | 1073.0, Palivizumab | 3171,42 | 3329,99 | 3329,99 | B.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 390 | Panitumumabum | Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990646555 | 2020-11-01 | 2 lata | 1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab | 5184,00 | 5443,20 | 5443,20 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------|--|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 391 | Panitumumabum | Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990646531 | 2020-11-01 | 2 lata | 1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 392 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml | 5 fiol. | 05909990942022 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 63,18 | 66,34 | 66,34 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 393 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml | 5 fiol.a 1 ml | 04046241091243 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 63,18 | 66,34 | 66,34 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 394 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml | 5 fiol. a 1 ml | 05909990942060 | 2021-03-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 157,95 | 165,85 | 165,85 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 395 | Paricalcitolum | Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml | 5 fiol.a 1 ml | 04046241079906 | 2021-01-01 | 3 lata | 1131.0, Parykalcytol | 157,95 | 165,85 | 165,85 | B.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 396 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502002582 | 2022-03-01 | 2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 9398,03 | 9867,93 | 2560,54 | B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 397 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502002575 | 2022-03-01 | 2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 9398,03 | 9867,93 | 5121,08 | <1>B.99.; <2>B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 398 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502002568 | 2022-03-01 | 2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 9754,43 | 10242,15 | 7681,61 | B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 399 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502002605 | 2022-03-01 | 2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 9754,43 | 10242,15 | 10242,15 | <1>B.99.; <2>B.118. | bezpłatny | 0 zł |
| 400 | Pasireotidum | Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki | 03663502002599 | 2022-03-01 | 2 lata | 1174.0, Pasyreotyd | 10795,27 | 11335,03 | 11335,03 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 401 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990764877 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 2235,60 | 2347,38 | 2347,38 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 402 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powł., 200 mg | 90 szt. | 05909990764884 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 6706,80 | 7042,14 | 7042,14 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 403 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990764891 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 4471,20 | 4694,76 | 4694,76 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 404 | Pazopanibum | Votrient, tabl. powł., 400 mg | 60 szt. | 05909990764907 | 2021-05-01 | 3 lata | 1110.0, Pazopanib | 8942,40 | 9389,52 | 9389,52 | B.8.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 405 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984718 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 534,79 | 561,53 | 561,53 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 406 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984817 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 707,99 | 743,39 | 743,39 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 407 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 348,32 | 365,74 | 365,74 | <1>B.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 408 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520442274 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 3228,88 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 409 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520442113 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 3228,88 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 410 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 amp.-strz.po 0,5 ml | 00646520441970 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 2027,74 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------|---|--|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 411 | Peginterferonum beta-1a | Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg | 2 wstrz.po 0,5 ml | 00646520437201 | 2020-09-01 | 2 lata | 1074.3, Peginterferonum beta-1a | 3075,12 | 3228,88 | 2027,74 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 412 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05909990006281 | 2022-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegvisomant | 7560,00 | 7938,00 | 7938,00 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 413 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05909990006298 | 2022-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegvisomant | 11340,00 | 11907,00 | 11907,00 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 414 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05415062315958 | 2022-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegvisomant | 15120,00 | 15876,00 | 15876,00 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 415 | Pegvisomantum | Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg | 30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem) | 05415062315965 | 2022-03-01 | 2 lata | 1203.0, Pegvisomant | 18900,00 | 19845,00 | 19845,00 | B.99. | bezpłatny | 0 zł |
| 416 | Pembrolizumabum | Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05901549325126 | 2021-01-01 | 2 lata | 1143.0, Pembrolizumab | 14082,64 | 14786,77 | 14786,77 | B.6.; B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 417 | Pertuzumabum | Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. | 05902768001006 | 2021-09-01 | 2 lata | 1147.0, Pertuzumab | 11016,00 | 11566,80 | 11566,80 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 418 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powł., 267 mg | 252 szt. | 05902768001181 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 6966,00 | 7314,30 | 7314,30 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 419 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powł., 267 mg | 63 szt. | 05902768001198 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 1741,50 | 1828,58 | 1828,58 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 420 | Pirfenidonum | Esbriet, tabl. powł., 801 mg | 84 szt. | 05902768001211 | 2021-03-01 | 3 lata | 1156.0, Pirfenidon | 6966,00 | 7314,30 | 7314,30 | B.87. | bezpłatny | 0 zł |
| 421 | Pixantroni dimaleas | Pixuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg | 1 fiol. | 05909991206475 | 2022-05-01 | 2 lata | 1165.0, Piksantron | 1334,51 | 1401,24 | 1401,24 | B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 422 | Polatuzumabum vedotinum | Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg | 1 fiol. proszku | 07613326024143 | 2022-05-01 | 2 lata | 1242.0, Polatuzumab wedotyny | 45330,84 | 47597,38 | 47597,38 | B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 423 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 1 mg | 14 szt. | 05909991398477 | 2022-03-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 24716,16 | 25951,97 | 25951,97 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 424 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 1 mg | 21 szt. | 05909991185589 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 425 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 2 mg | 14 szt. | 05909991398484 | 2022-03-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 24716,16 | 25951,97 | 25951,97 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 426 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 2 mg | 21 szt. | 05909991185596 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 427 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 3 mg | 14 szt. | 05909991398491 | 2022-03-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 24716,16 | 25951,97 | 25951,97 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 428 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 3 mg | 21 szt. | 05909991185602 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 429 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 4 mg | 14 szt. | 05909991398507 | 2022-03-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 24716,16 | 25951,97 | 25951,97 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 430 | Pomalidomidum | Imnovid, kaps. twarde, 4 mg | 21 szt. | 05909991185619 | 2020-11-01 | 2 lata | 1182.0, Pomalidomid | 37074,24 | 38927,95 | 38927,95 | B.54. | bezpłatny | 0 zł |
| 431 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. powł., 15 mg | 60 szt. | 07640159433613 | 2020-09-01 | 2 lata | 1207.0, Ponatynib | 25165,58 | 26423,86 | 26423,86 | B.14.; B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 432 | Ponatinibum | Iclusig, tabl. powł., 45 mg | 30 szt. | 07640159433637 | 2020-09-01 | 2 lata | 1207.0, Ponatynib | 25165,58 | 26423,86 | 26423,86 | B.14.; B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 433 | Radium dichloridum Ra223 | Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL | 1 fiol. 6 ml | 05908229300176 | 2021-11-01 | 3 lata | 1170.0, Dichlorek radu Ra-223 | 18662,40 | 19595,52 | 19595,52 | B.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 434 | Ranibizumab | Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. a 0,23 ml | 05909990000005 | 2020-01-01 | 3 lata | 1134.0, Ranibizumab | 3133,41 | 3290,08 | 3290,08 | B.70. | bezpłatny | 0 zł |
| 435 | Ribociclibum | Kisqali, tabl. powł., 200 mg | 63 szt. | 05909991336769 | 2020-09-01 | 2 lata | 1195.0, Rybocyklib | 10267,32 | 10780,69 | 10780,69 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 436 | Riociguatum | Adempas, tabl. powł., 0,5 mg | 42 szt. | 05908229300305 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 437 | Riociguatum | Adempas, tabl. powł., 1 mg | 42 szt. | 05908229300336 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 438 | Riociguatum | Adempas, tabl. powł., 1,5 mg | 42 szt. | 05908229300367 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 439 | Riociguatum | Adempas, tabl. powł., 2 mg | 42 szt. | 05908229300398 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 440 | Riociguatum | Adempas, tabl. powł., 2,5 mg | 42 szt. | 05908229300428 | <1>2019-09-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | <1>B.74.; <2>B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 441 | Risankizumabum | Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml | 2 ampulko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem | 08054083019277 | 2020-09-01 | 2 lata | 1211.0, Ryzankizumab | 15309,00 | 16074,45 | 16074,45 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 442 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05996537003155 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1151,41 | 1208,98 | 1087,51 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 443 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05996537002158 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2878,52 | 3022,45 | 2718,77 | <1>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 444 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><3>2022-07-01/<2>2019-09-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2444,04 | 2566,24 | 1087,51 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 445 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><3>2022-07-01/<2>2019-09-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1035.0, Rituximabum | 6111,72 | 6417,31 | 2718,77 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 446 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 07613421032975 | <1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1035,72 | 1087,51 | 1087,51 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 447 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 07613421032982 | <1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2589,30 | 2718,77 | 2718,77 | <1>B.33.; <2>B.75. | bezpłatny | 0 zł |
| 448 | Romiplostimum | Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg | 1 fiol. proszku | 08715131018139 | 2020-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 1266,49 | 1329,81 | 1329,81 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 449 | Romiplostimum | Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg | 1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku | 05909990766994 | 2020-09-01 | 2 lata | 1206.0, Romiplostym | 2532,99 | 2659,64 | 2659,64 | B.97.; B.98. | bezpłatny | 0 zł |
| 450 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 15 mg | 56 szt. | 05909991053789 | 2022-07-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 13020,75 | 13671,79 | 13671,79 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 451 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 20 mg | 56 szt. | 05909991053833 | 2022-07-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 13020,75 | 13671,79 | 13671,79 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 452 | Ruxolitinibum | Jakavi, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909991053758 | 2022-07-01 | 2 lata | 1152.0, Ruksolitynib | 6510,38 | 6835,90 | 6835,90 | B.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 453 | Sekukinumab | Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml | 2 amp.-strz.; 2 wstrz. | 05909991203832 | <1><2><3>2020-11-01/<4>2022-07-01 | 2 lata | 1180.0, Sekukinumab | 4421,37 | 4642,44 | 4642,44 | <1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82. | bezpłatny | 0 zł |
| 454 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 1000 µg | 60 szt. | 07640111932796 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 66960,00 | 70308,00 | 70308,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 455 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 1200 µg | 60 szt. | 07640111932802 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 80352,00 | 84369,60 | 84369,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 456 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 1400 µg | 60 szt. | 07640111932819 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 93744,00 | 98431,20 | 98431,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 457 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 1600 µg | 60 szt. | 07640111932826 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 107136,00 | 112492,80 | 112492,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 458 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 200 µg | 140 szt. | 07640111932833 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 31248,00 | 32810,40 | 32810,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 459 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 200 µg | 60 szt. | 07640111932758 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Seleksypag | 13392,00 | 14061,60 | 14061,60 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|--|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 460 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 400 µg | 60 szt. | 07640111932765 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Selekspag | 26784,00 | 28123,20 | 28123,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 461 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 600 µg | 60 szt. | 07640111932772 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Selekspag | 40176,00 | 42184,80 | 42184,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 462 | Selexipagum | Uptravi, tabl. powł., 800 µg | 60 szt. | 07640111932789 | 2021-01-01 | 2 lata | 1217.0, Selekspag | 53568,00 | 56246,40 | 56246,40 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 463 | Sildenafil citras | Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909991338015 | 2020-01-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 108,00 | 113,40 | 102,06 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 464 | Sildenafilum | Grapidam, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05055565731932 | 2017-09-01 | 5 lat | 1076.0, Sildenafilum | 810,00 | 850,50 | 102,06 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 465 | Sildenafilum | Remidia, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05903060610545 | 2022-07-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 97,20 | 102,06 | 102,06 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 466 | Sildenafilum | Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml | 1 but. po 112 ml | 05909990967780 | 2022-07-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 893,52 | 938,20 | 63,50 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 467 | Sildenafilum | Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991355715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 216,00 | 226,80 | 102,06 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 468 | Sildenafilum | Silungo, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909991408299 | 2022-05-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 432,00 | 453,60 | 102,06 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 469 | Siltuximabum | Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. po 8 ml | 05060146292276 | 2022-07-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1243.0, Siltuksymab | 2480,66 | 2604,69 | 2604,69 | B.131. | bezpłatny | 0 zł |
| 470 | Siltuximabum | Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol. po 30 ml | 05060146292481 | 2022-07-01 | 1 rok 10 miesięcy | 1243.0, Siltuksymab | 9922,65 | 10418,78 | 10418,78 | B.131. | bezpłatny | 0 zł |
| 471 | Simoktokog alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211936 | 2022-03-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 2570,40 | 2698,92 | 2698,92 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 472 | Simoktokog alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211943 | 2022-03-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5140,80 | 5397,84 | 5397,84 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 473 | Simoktokog alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211912 | 2022-03-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 642,60 | 674,73 | 674,73 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 474 | Simoktokog alfa | Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml | 05909991211929 | 2022-03-01 | 2 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1285,20 | 1349,46 | 1349,46 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 475 | Sofosbuvirum + Velpatasvirum | Epclusa, tabl. powł., 400 + 100 mg | 28 szt. | 05391507142108 | 2020-09-01 | 2 lata | 1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuvir, velpataswir | 38016,00 | 39916,80 | 39916,80 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 476 | Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum | Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg | 28 szt. | 05391507143303 | 2021-05-01 | 2 lata | 1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuvir, velpataswir, woksylaprewir | 52920,00 | 55566,00 | 55566,00 | B.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 477 | 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>2022-01-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 4936,80 | 5183,64 | 5183,64 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 478 | 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>2022-01-01/<2>2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 2180,31 | 2289,33 | 2289,33 | <1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------|--|-----------------------|--|--|---------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 479 | Somatropinum | Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg/1,5 ml | 1 wstrzykiwacz 1,5 ml | 05909991414665 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 822,80 | 863,94 | 863,94 | <1>B.19.; <3>B.38.; <4>B.42.; <5>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 480 | Somatropinum | Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 5 mg/1,5 ml | 1 wstrzykiwacz 1,5 ml | 05712249117498 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 411,39 | 431,96 | 431,96 | <1>B.19.; <3>B.38.; <4>B.42.; <5>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 481 | 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>2020-11-01 | <2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 3024,00 | 3175,20 | 3175,20 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 482 | 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>2020-11-01 | <2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata | 1077.0, Somatropinum | 1512,00 | 1587,60 | 1587,60 | <1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111. | bezpłatny | 0 zł |
| 483 | Sorafenib tosylate | Sorafenib Teva, tabl. powł., 200 mg | 112 szt. (blister) | 05909991423711 | 2022-01-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 2268,00 | 2381,40 | 2381,40 | B.3.; B.5.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 484 | Sorafenibum | Nexavar, tabl. powł., 200 mg | 112 szt. | 05909990588169 | <1><3>2021-07-01/<2>2017-11-01 | <1>3 lata/<2>5 lata/<3>2 lata | 1078.0, Sorafenib | 13242,96 | 13905,11 | 3171,80 | <1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.119. | bezpłatny | 0 zł |
| 485 | Sorafenibum | Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg | 112 szt. | 09008732012415 | 2022-03-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 2116,80 | 2222,64 | 2222,64 | B.3.; B.5.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 486 | Sorafenibum | Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg | 112 szt. | 07613421047009 | 2021-09-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 3024,00 | 3175,20 | 3171,80 | B.3.; B.5.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 487 | Sorafenibum | Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg | 112 szt. | 05909991440145 | 2021-09-01 | 3 lata | 1078.0, Sorafenib | 3020,76 | 3171,80 | 3171,80 | B.3.; B.5.; B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 488 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05995327181592 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 1627,56 | 1708,94 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 489 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05995327181608 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 3255,12 | 3417,88 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 490 | Sunitinibum | Klertis, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05995327181615 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 6510,24 | 6835,75 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 491 | 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, Sunitinib | 1745,55 | 1832,83 | 1761,75 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 492 | Sunitinibum | Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg | 30 szt. (butelka) | 05055565775714 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 3491,10 | 3665,66 | 3523,50 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 493 | Sunitinibum | Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. (butelka) | 05055565775721 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 6982,20 | 7331,31 | 7047,00 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 494 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991458515 | 2022-07-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 1566,00 | 1644,30 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 495 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991458522 | 2022-07-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 3132,00 | 3288,60 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 496 | Sunitinibum | Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991458539 | 2022-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 6264,00 | 6577,20 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 497 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg | 30 kaps. | 03838989736668 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitinib | 1741,50 | 1828,58 | 1761,75 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|---------------------------------------|--|---|-----------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 498 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg | 30 kaps. | 03838989736675 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3483,00 | 3657,15 | 3523,50 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 499 | Sunitinibum | Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg | 30 kaps. | 03838989736682 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6966,00 | 7314,30 | 7047,00 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 500 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909991469580 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1629,50 | 1710,98 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 501 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909991469597 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3258,36 | 3421,28 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 502 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991469603 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 4887,54 | 5131,92 | 4932,90 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 503 | Sunitinibum | Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909991469610 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6516,72 | 6842,56 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 504 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg | 28 kaps. | 05907626709261 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1629,18 | 1710,64 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 505 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg | 28 kaps. | 05907626709278 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3258,36 | 3421,28 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 506 | Sunitinibum | Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg | 28 kaps. | 05907626709292 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6516,72 | 6842,56 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 507 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366520 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1629,18 | 1710,64 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 508 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366575 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3258,36 | 3421,28 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 509 | Sunitinibum | Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991366674 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6516,72 | 6842,56 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 510 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455262 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1629,18 | 1710,64 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 511 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455200 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3258,36 | 3421,28 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 512 | Sunitinibum | Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991455330 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6516,72 | 6842,56 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 513 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419301 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 1566,00 | 1644,30 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 514 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419349 | 2022-05-01 | <1><2><4>3 lata/<3>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 3132,00 | 3288,60 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 515 | Sunitinibum | Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. (blister) | 05909991419479 | 2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1079.0, Sunitynib | 6264,00 | 6577,20 | 6577,20 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 516 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg | 28 szt. | 05909990079377 | <1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2020-11-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 4547,23 | 4774,59 | 1644,30 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 517 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 25 mg | 28 szt. | 05909990079384 | <1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2020-11-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 9094,46 | 9549,18 | 3288,60 | <1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.53. | bezpłatny | 0 zł |
| 518 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 05909990079391 | 2021-07-01 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 18188,93 | 19098,38 | 6577,20 | B.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 519 | Temsirolimusum | Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp. | 05909990080663 | 2020-11-01 | 3 lata | 1150.0, Temsirolimus | 2932,01 | 3078,61 | 3078,61 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 520 | Tenofoviru disoproxil | Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg | 30 szt. | 05909991298708 | <1>2021-05-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 275,40 | 289,17 | 289,17 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 521 | Tenofoviru disoproxilum | Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powł., 245 mg | 30 szt. | 05909991330026 | <1>2021-03-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 324,00 | 340,20 | 340,20 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 522 | Tenofoviru disoproxilum | Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg | 30 szt. | 05909991379704 | 2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 178,20 | 187,11 | 187,11 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 523 | Tenofoviru disoproxilum | Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. powł., 245 mg | 30 szt. | 05902020926801 | <1>2022-07-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 491,40 | 515,97 | 515,97 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 524 | Tenofoviru disoproxilum | Tenofovir Polpharma, tabl. powł., 245 mg | 30 szt. | 05909991335533 | <1>2021-03-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 324,00 | 340,20 | 340,20 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 525 | Tenofoviru disoproxilum | Tenofovir Synoptis, tabletki powlekane, 245 mg | 30 szt. | 05909991374563 | <1>2019-09-01/<2>2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna | 118,80 | 124,74 | 124,74 | <1>B.1.; <2>B.106. | bezpłatny | 0 zł |
| 526 | Teriflunomidum | Aubagio, tabl. powł., 14 mg | 28 szt. | 05909991088170 | 2021-05-01 | 2 lata | 1159.0, Teryflunomid | 2991,60 | 3141,18 | 3141,18 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 527 | Tisagenlecleucelum | Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek | 1 lub więcej worków infuzyjnych | 05909991384388 | <1>2021-09-01/<2>2022-05-01 | 2 lata | 1226.0, Tisagenlecleucel | 1373760,00 | 1442448,00 | 1442448,00 | <1>B.65.; <2>B.93. | bezpłatny | 0 zł |
| 528 | Tobramycynum | Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml | 56 poj.po 4 ml | 05909990045976 | 2022-07-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycynum | 6037,20 | 6339,06 | 4876,20 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 529 | Tobramycynum | Tobramycyn Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml | 56 amp. 5 ml | 05909991308292 | 2021-03-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycynum | 4644,00 | 4876,20 | 4876,20 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 530 | Tobramycynum | Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml | 56 amp. 5 ml | 05909991321444 | 2021-11-01 | 3 lata | 1081.0, Tobramycynum | 2916,00 | 3061,80 | 3061,80 | B.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 531 | Tocilizumabum | RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg | 4 amp.-strz. po 0,9 ml | 05902768001075 | 2022-01-01 | 2 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2948,40 | 3095,82 | 3095,82 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 532 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.a 10 ml | 05000471007046 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1053,00 | 1105,65 | 1105,65 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 533 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.a 20 ml | 05000471007053 | 2020-09-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2106,00 | 2211,30 | 2211,30 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 534 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.a 4 ml | 05000471007039 | 2021-05-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 421,20 | 442,26 | 442,26 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 535 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.po 10 ml | 05909990678259 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 1053,00 | 1105,65 | 1105,65 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 536 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.po 20 ml | 05909990678266 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 2106,00 | 2211,30 | 2211,30 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 537 | Tocilizumabum | RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fioł.po 4 ml | 05909990678273 | 2020-01-01 | 3 lata | 1106.0, Tocilizumab | 421,20 | 442,26 | 442,26 | B.33. | bezpłatny | 0 zł |
| 538 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05415062342800 | 2020-09-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 6193,64 | 6503,32 | 6503,32 | B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 539 | Tofacitinibum | Xeljanz, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05907636977100 | <1>2021-09-01/<2>2020-09-01 | 2 lata | 1193.0, Tofacytynib | 3002,40 | 3152,52 | 3152,52 | <1>B.33.; <2>B.35; B.55. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|--|-------------------------|--|---|------------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 540 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg | 28+28 szt. | 05038256002115 | 2021-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 2484,00 | 2608,20 | 2608,20 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 541 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg | 28+28 szt. | 05038256002122 | 2021-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 3726,00 | 3912,30 | 3912,30 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 542 | Tolvaptanum | Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg | 28+28 szt. | 05038256002139 | 2021-11-01 | 2 lata | 1232.0, Tolwaptan | 4968,00 | 5216,40 | 5216,40 | B.126. | bezpłatny | 0 zł |
| 543 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile | 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>2019-09-01 | <1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata | 1055.2, toksyny botulinowe - 2 | 603,72 | 633,91 | 633,91 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133. | bezpłatny | 0 zł |
| 544 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile | Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j. | 1 fiol.po 300 j. | 05909991072094 | 2022-01-01 | 3 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 676,51 | 710,34 | 710,34 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 545 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile | Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j. | 1 fiol.po 500 j. | 05909990729227 | 2022-01-01 | 3 lata | 1055.3, toksyny botulinowe - 3 | 1127,52 | 1183,90 | 1183,90 | <1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 546 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile | Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j. | 1 fiol.po 100 j. (LD50) | 05909990643950 | <1>2022-07-01/<2>2020-09-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1055.1, toksyny botulinowe - 1 | 612,38 | 643,00 | 643,00 | <1>B.28.; <2>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 547 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg | 1 fiol. | 05909990635177 | 2017-09-01 | 5 lat | 1088.0, Trabectedin | 1797,18 | 1887,04 | 1887,04 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 548 | Trabectedinum | Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg | 1 fiol. | 05909990635184 | 2017-09-01 | 5 lat | 1088.0, Trabectedin | 7188,74 | 7548,18 | 7548,18 | B.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 549 | Trametinibum | Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg | 30 szt. | 05909991141813 | 2021-01-01 | 2 lata | 1157.0, Trametytib | 5706,72 | 5992,06 | 5992,06 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 550 | Trametinibum | Mekinist, tabl. powł., 2 mg | 30 szt. | 05909991141851 | 2021-01-01 | 2 lata | 1157.0, Trametytib | 22826,88 | 23968,22 | 23968,22 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 551 | Trastuzumabum | Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol.po 15 ml | 05909990855919 | 2021-03-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2678,40 | 2812,32 | 952,22 | B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 552 | Trastuzumabum | Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg | 1 fiol. po 6 ml | 05902768001037 | 2021-09-01 | 2 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 6925,50 | 7271,78 | 2786,98 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 553 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiolka po 20 ml | 08715131016982 | 2021-07-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 906,88 | 952,22 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 554 | Trastuzumabum | Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiolka po 50 ml | 08715131016975 | 2021-07-01 | <1>2 lata/<2>3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 2539,25 | 2666,21 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 555 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku 15 ml | 05901797710415 | 2022-07-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1249,56 | 1312,04 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 556 | Trastuzumabum | Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05901797710781 | 2020-03-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 3161,16 | 3319,22 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 557 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. proszku | 05415062339176 | 2019-09-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 1240,70 | 1302,74 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 558 | Trastuzumabum | Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg | 1 fiol. proszku | 05415062346655 | 2020-11-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 3126,60 | 3282,93 | 2666,21 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |
| 559 | Trastuzumabum | Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg | 1 fiol. | 05055565766378 | 2021-01-01 | 3 lata | 1082.0, Trastuzumabum | 972,00 | 1020,60 | 952,22 | B.9.; B.58. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 560 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001044 | 2022-03-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 7760,88 | 8148,92 | 8148,92 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 561 | Trastuzumabum emtansinum | Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg | 1 fiol. proszku | 05902768001051 | 2022-03-01 | 1 rok 8 miesięcy | 1082.1, Trastuzumab emtanzyna | 12417,84 | 13038,73 | 13038,73 | B.9. | bezpłatny | 0 zł |
| 562 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 20 ml | 05909990046805 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 4536,00 | 4762,80 | 4762,80 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 563 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 20 ml | 05909990046850 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 11340,00 | 11907,00 | 11907,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 564 | Treprostinilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 20 ml | 05909990046867 | 2021-07-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 22680,00 | 23814,00 | 23814,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 565 | Treprostynilum | Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 20 ml | 05909990046874 | 2021-05-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 45360,00 | 47628,00 | 47628,00 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 566 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418618 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 2408,40 | 2528,82 | 2528,82 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 567 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418649 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 24084,00 | 25288,20 | 25288,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 568 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418625 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 6021,00 | 6322,05 | 6322,05 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 569 | Treprostynilum | Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909991418632 | 2020-01-01 | 3 lata | 1083.0, Treprostynilum | 12042,00 | 12644,10 | 12644,10 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 570 | Trientinum tetrahydrochloridum | Cuprior, tabl. powł., 150 mg | 72 szt. | 05350626000102 | 2021-09-01 | 2 lata | 1229.0, Trientina | 12663,00 | 13296,15 | 13296,15 | B.123. | bezpłatny | 0 zł |
| 571 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg | 20 szt. | 05901571320618 | 2021-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 2290,66 | 2405,19 | 2405,19 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 572 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg | 60 szt. | 05901571320625 | 2021-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 6871,96 | 7215,56 | 7215,56 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 573 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg | 20 szt. | 05901571320632 | 2021-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 3054,21 | 3206,92 | 3206,92 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 574 | Trifluridinum + Tipiracilum | Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg | 60 szt. | 05901571320649 | 2021-11-01 | 2 lata | 1196.0, Trifluridyna, tipiracil | 9162,61 | 9620,74 | 9620,74 | B.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 575 | Triptorelinum | Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg | 1 fiol. + 1 amp. po 2 ml + 1 strz. + 2 igły | 05909990486915 | 2022-01-01 | 3 lata | 1070.0, analogi gonadoliberyny | 268,92 | 282,37 | 282,37 | B.18. | bezpłatny | 0 zł |
| 576 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 łącznik fiol. | 05909991203399 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 2505,60 | 2630,88 | 2630,88 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 577 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 łącznik fiol. | 05909991203405 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 3758,40 | 3946,32 | 3946,32 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 578 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 łącznik fiol. | 05909991203412 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 5011,20 | 5261,76 | 5261,76 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 579 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 łącznik fiol. | 05909991203375 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 626,40 | 657,72 | 657,72 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 580 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 łącznik fiol. | 05909991203429 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 7516,80 | 7892,64 | 7892,64 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 581 | Turoctocogum alfa | NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. | 1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol. | 05909991203382 | 2020-01-01 | 3 lata | 1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante | 1252,80 | 1315,44 | 1315,44 | B.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 582 | Tydrakizumabum | Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg | 1 ampulko-strzykawka 1 ml | 08430308131700 | 2021-11-01 | 2 lata | 1233.0, Tydrakizumab | 13250,52 | 13913,05 | 13913,05 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 583 | Upadacitinibum | Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 15 mg | 28 szt. | 08054083020334 | 2022-07-01 | 2 lata | 1244.0, Upadacetynib | 3341,52 | 3508,60 | 3508,60 | B.33.; B.35.; B.36. | bezpłatny | 0 zł |
| 584 | Ustekinumabum | Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg | 1 fiolka (30ml) | 05909991307066 | 2022-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 19032,00 | 19983,60 | 19983,60 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 585 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg | 1 amp-strz. | 05909997077505 | 2020-01-01 | 3 lata | 1107.0, Ustekinumab | 9967,47 | 10465,84 | 6917,40 | B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 586 | Ustekinumabum | Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg | 1 amp-strz. | 05909997077512 | 2022-01-01 | 2 lata | 1107.0, Ustekinumab | 13176,00 | 13834,80 | 13834,80 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 587 | Vandetanibum | Caprelsa, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990935437 | 2022-01-01 | 1 rok | 1202.0, Wandetanib | 6490,80 | 6815,34 | 6225,66 | B.108. | bezpłatny | 0 zł |
| 588 | Vandetanibum | Caprelsa, tabl. powł., 300 mg | 30 szt. | 05909990935444 | 2022-01-01 | 1 rok | 1202.0, Wandetanib | 17787,60 | 18676,98 | 18676,98 | B.108. | bezpłatny | 0 zł |
| 589 | Vedolizumabum | Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml | 2 wstrzyk. po 0,68 ml | 07038319122857 | 2022-07-01 | 2 lata | 1176.0, Wedolizumab | 3094,20 | 3248,91 | 3248,91 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 590 | Vedolizumabum | Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg | 1 fiol. proszku | 05909991138202 | 2022-01-01 | 2 lata | 1176.0, Wedolizumab | 6188,40 | 6497,82 | 6497,82 | B.32.; B.55. | bezpłatny | 0 zł |
| 591 | Velaglucerasum alfa | Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m. | 1 fiol. | 05909990816774 | 2022-07-01 | 3 lata | 1123.0, Welagluceraza alfa | 4827,60 | 5068,98 | 5068,98 | B.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 592 | Vemurafenibum | Zelboraf, tabl. powł., 240 mg | 56 szt. | 05909990935581 | 2022-01-01 | 3 lata | 1108.0, Wemurafenib | 5071,41 | 5324,98 | 5324,98 | B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 593 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powł., 10 mg | 14 szt. | 08054083013688 | 2021-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 258,26 | 271,17 | 271,17 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 594 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powł., 100 mg | 112 szt. | 08054083013916 | 2021-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 20660,83 | 21693,87 | 21693,87 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 595 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powł., 100 mg | 14 szt. | 08054083013701 | 2021-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 2582,60 | 2711,73 | 2711,73 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 596 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powł., 100 mg | 7 szt. | 08054083013695 | 2021-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 1291,30 | 1355,87 | 1355,87 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 597 | Venetoclaxum | Venclyxto, tabl. powł., 50 mg | 7 szt. | 08054083013718 | 2021-11-01 | 2 lata | 1186.0, Venetoclax | 645,66 | 677,94 | 677,93 | B.103. | bezpłatny | 0 zł |
| 598 | Vismodegibum | Erivedge, kaps. twarde, 150 mg | 28 szt. | 05902768001020 | 2021-03-01 | 2 lata | 1155.0, Wismodegib | 17274,60 | 18138,33 | 18138,33 | B.88. | bezpłatny | 0 zł |

Załącznik B.1.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria:</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 (>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>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>1. Interferon</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>2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydydowe</p> <p>1) lamiwudyna: - tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;</p> <p>2) entekawir: a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydydowymi, b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydydowymi;</p> <p>3) adefowir: - tabletki po 10,0 mg - raz dziennie 1 tabletka;</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydydów</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>2) oznaczenie przeciwciał,</p> <p>3) oznaczenie poziomu TSH,</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>2. Leczenie</p> <p>2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotyduowy - tenofowir.</p> <p>2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) niewyrównana marskość wątroby; 2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 5) niewyrównana nadczynność tarczycy; 6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 7) padaczka (po konsultacji neurologicznej); 8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematologicznej lub hematologicznej); 12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego. | <p>4) tenofowir: - tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletką.</p> <p>W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru, adefowiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.</p> | <p>4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia interferonem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w dniu rozpoczęcia terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP, f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 2) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) w 12 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> a) poziom wirerii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 5) w 24, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe, d) poziom wirerii HBV DNA; 6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie poziomu TSH, b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3; 7) w 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP, |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none">1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log₁₀;2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem. <p>2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.</p> <p>2.5. Adefowir lub lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru.</p> <p>2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log₁₀.</p> <p>2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.</p> <p>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 opisanych w programie.</p> | | <p>d) USG jamy brzusznej.</p> <p>3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów</p> <ol style="list-style-type: none">1) w dniu rozpoczęcia terapii:<ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi,b) oznaczenie poziomu ALT,c) czas lub wskaźnik protrombinowy,d) oznaczenie stężenia kreatyniny,e) oznaczenie poziomu AFP;2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:<ol style="list-style-type: none">a) oznaczenie stężenia kreatyniny,b) morfologia krwi,c) oznaczenie poziomu ALT;3) w 12 tygodniu - poziom wirerii HBV DNA;4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:<ol style="list-style-type: none">a) oznaczenie antygenu HBsAg,b) oznaczenie antygenu HBeAg,c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe,d) poziom wirerii HBV DNA,e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:<ol style="list-style-type: none">a) czas lub wskaźnik protrombinowy,b) proteinogram,c) oznaczenie poziomu AFP,d) USG jamy brzusznej. <p>4. Monitorowanie programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) serokonwersji w układzie "s" lub2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy. <p>3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.</p> | | <p>każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <ol style="list-style-type: none">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.3.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie adjuwantowe imatynibem chorych z wysokim ryzykiem nawrotu $\geq 50\%$ wg klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP po zabiegu radykalnego usunięcia guza GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy z KIT – CD117 dodatnim wynikiem, oraz leczenie paliatywne imatynibem chorych z rozsianym lub nieoperacyjnym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych</p> <ol style="list-style-type: none"> rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie; leczenie adjuwantowe: obecność wysokiego ryzyka $\geq 50\%$ nawrotu po zabiegu radykalnego usunięcia nowotworu z KIT (CD117- dodatniego GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy, określonego według klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP); czas od operacji pierwotnego GIST, a wdrożeniem leczenia uzupełniającego nie powinien przekroczyć 4 miesiące; obecność mutacji KIT lub PDGFR-α z wykluczeniem mutacji PDGFR-αD842V; | <p>1. Dawkowanie imatynibu</p> <p>1.1. Dorośli</p> <ol style="list-style-type: none"> dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo, dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg). <p>1.2. Dzieci</p> <ol style="list-style-type: none"> dzieci o powierzchni ciała do 1m²: 340 mg/m², dawka dobową jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie, dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m² dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę. <p>2. Dawkowanie sunitynibu</p> <p>2.1. Dorośli</p> <p>Zalecana dawka początkowa preparatu sunitynib wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje dwutygodniowa przerwa (schemat 4/2), co stanowi pełny cykl 6 tygodni. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia imatynibem albo sunitynibem</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem; badanie ogólne moczu; aktywność transaminaz wątrobowych; stężenie bilirubiny; aktywności fosfatazy zasadowej; poziom albumin; EKG; tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań) Badanie TK nie dotyczy leczenia adjuwantowego imatynibem, jeśli było wykonane przed zabiegiem operacyjnym; oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem). <p>2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem; badanie ogólne moczu; aktywność aminotransferaz wątrobowych; stężenie bilirubiny; aktywność fosfatazy zasadowej; poziom albumin; tomografia komputerowa |

| | | |
|--|---|--|
| <p>4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych;</p> <p>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;</p> <p>6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2);</p> <p>7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi $\geq 75000/\text{mm}^3$, liczba bezwzględna neutrofilii $\geq 1000/\text{mm}^3$, stężenie hemoglobiny $\geq 8.0 \text{ g/dl}$);</p> <p>8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby).</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib;2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy;3) progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu do 800 mg/dobę; zwłaszcza pierwotna oporność na imatynib; u dzieci o pow. ciała do 1m^2 progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie;4) brak skuteczności po 4 miesiącach stosowania leku (zwiększenie sumy wielkości zmian w TK spiralnej, powyżej 20% z wyjątkiem sytuacji, gdy gęstość tych zmian jest mniejsza niż 15% w stosunku do gęstości | <p>przerwę w przyjmowaniu leku. Dawka dobową nie powinna być mniejsza niż 25 mg.</p> <p>2.2. Dzieci</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>3. Dawkowanie sorafenibu Dobowa dawka 800 mg (w dwóch dawkach 2x400 mg)</p> | <p>Badania laboratoryjne należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy - nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni. Badania obrazowe (TK) należy wykonywać:</p> <ol style="list-style-type: none">a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem:<ul style="list-style-type: none">- pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,- następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata),- następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,- następne badania – co 12 miesięcy;b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST:<ul style="list-style-type: none">- co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia,- następne badania – co 3 miesiące. <p>Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości.</p> <p>3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) badanie ogólne moczu;3) aktywność transaminaz wątrobowych;4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;5) aktywności fosfatazy zasadowej;6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań). <p>4. Monitorowanie leczenia sorafenibem Pierwsze badania monitorujące należy wykonać po 6-8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia sorafenibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 tygodni:</p> |
|--|---|--|

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

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

| | | |
|--|--|--|
| <p>3. Leczenie sorafenibem</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sorafenibem</p> <ol style="list-style-type: none">1) wiek powyżej 18 roku życia;2) potwierdzone histologicznie rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST);3) brak możliwości resekcji zmian pierwotnych lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;5) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem imatynibu (progresja w czasie leczenia imatynibem) oraz udokumentowana progresja w czasie leczenia sunitynibem (oporność) lub nietolerancja sunitynibu;6) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;7) potwierdzony stan sprawności ogólnej według klasyfikacji Zubroda-WHO 0-1;8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi $\geq 100000/\text{mm}^3$, liczba bezwzględna neutrofilii $\geq 1500/\text{mm}^3$, stężenie hemoglobiny $\geq 10,0 \text{ g/dl}$;9) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby);10) brak przeciwwskazań do stosowania sorafenibu. <p>3.2. Określenie czasu leczenia sorafenibem w programie.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> | | |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>3.3. Wyłączenie z programu leczenia sorafenibem:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib;2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu;3) długotrwałe (powyżej 28 dni) działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO nie poddające się leczeniu objawowemu i redukcji dawki;4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;5) rezygnacja pacjenta. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.4.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikowania</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej; 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: <ol style="list-style-type: none"> a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,5 \times 10^5/\text{mm}^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/\text{mm}^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe $10,0 \text{ g/dl}$; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), | <p>1. Cetuksymab stosowany wg schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz 250 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych, lub 2) 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych. <p>O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący.</p> <p>Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI lub FOLFOX (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).</p> <p>Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana w odstępach 14-dniowych.</p> | <p>1. Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> a) kreatyniny, b) bilirubiny <ol style="list-style-type: none"> – w surowicy; 5) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) magnezu <ol style="list-style-type: none"> – w surowicy; 6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; |

| | | |
|---|---|--|
| <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI lub FOLFOX;</p> <p>12) co najmniej 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę – dotyczy tylko pacjentów, którzy otrzymali oksaliplatynę w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej (dotyczy jedynie skojarzenia cetuksymabu z chemioterapią według schematu FOLFOX);</p> <p>13) wykluczenie ciąży;</p> <p>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>15) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu</u>).</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia</p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</p> <p>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> | <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie cetuksymabu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m² powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (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, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p>2. Panitumumab – 6 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFOX lub FOLFIRI (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem</p> | <p>7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;</p> <p>10) EKG;</p> <p>11) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2. Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny</p> <p>– w surowicy;</p> <p>4) oznaczenie aktywności:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</p> <p>– w surowicy;</p> <p>5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</p> <p>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;</p> <p>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</p> <p>2. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikowania</p> <p>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</p> <p>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</p> <p>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</p> <p>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;</p> <p>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;</p> <p>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</p> <p>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</p> <p>8) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <p>a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,5 \times 10^5/\text{mm}^3$,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/\text{mm}^3$,</p> <p>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> | <p>możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).</p> <p>Chemioterapia według schematu FOLFOX i FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.</p> <p>Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie panitumumabu z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).</p> <p>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z</p> | <p>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);</p> <p>7) badanie ogólne moczu;</p> <p>8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;</p> <p>9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej;</p> <p>12) EKG;</p> <p>13) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>3. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>3) stężenie kreatyniny;</p> <p>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>5) badanie ogólne moczu;</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;</p> <p>12) wykluczenie ciąży;</p> <p>13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>14) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu</u>).</p> <p>2.2. Określenie czasu leczenia</p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</p> <p>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> <p>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</p> <p>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;</p> <p>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</p> | <p>wykluczeniem punktu 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p>3. Afibercept - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI.</p> <p>Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie afliberceptu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni. Afibercept nie może być stosowany w monoterapii.</p> <p>4. Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem - zalecana dawka początkowa u dorosłych to 35 mg/m² pc./dawkę podawana doustnie dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu, podawana tak długo, jak długo obserwuje się korzyści z leczenia lub do momentu wystąpienia niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności.</p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę. Jeśli dawki</p> | <p>6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy.</p> <p>4. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny</p> <p>– w surowicy;</p> <p>3) oznaczenie stężenia:</p> <p>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</p> <p>b) fosfatazy alkalicznej,</p> <p>c) magnezu</p> <p>– w surowicy;</p> <p>4) ocena powikłań skórnych;</p> <p>5) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Jeżeli cetuksymab lub panitumumab stosowany jest łącznie z chemioterapią (pierwsza linia leczenia) to badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>3. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikowania</p> <ol style="list-style-type: none">1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E;6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;8) wiek powyżej 18. roku życia;9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none">a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,5 \times 10^5/\text{mm}^3$,b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/\text{mm}^3$,c) stężenie hemoglobiny większe lub równe $10,0 \text{ g/dl}$;10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<ol style="list-style-type: none">a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX;12) co najmniej 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę – dotyczy tylko | <p>pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.</p> | <p>Jeżeli panitumumab lub cetuksymab stosowane są w monoterapii (trzecia linia leczenia), to ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed każdym podaniem leku, a pozostałe badania nie rzadziej niż co miesiąc.</p> <p>Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p>5. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) oznaczenie stężenia:<ol style="list-style-type: none">a) kreatyniny,b) bilirubiny<ul style="list-style-type: none">– w surowicy;3) oznaczenie aktywności:<ol style="list-style-type: none">a) transaminaz (AspAT, AlAT),b) fosfatazy alkalicznej<ul style="list-style-type: none">– w surowicy;4) badanie ogólne moczu;5) pomiar ciśnienia tętniczego;6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. <p>Morfologię krwi z rozmazem wykonuje się w odstępach 2-tygodniowych lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu leczenia, jeżeli podanie leku było opóźnione. Pozostałe badania wykonuje się w odstępach 4-tygodniowych (co drugi cykl leczenia) lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii,</p> |
|--|--|---|

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

| | | |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego;2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii;4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny;5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu;6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;7) stan sprawności ogólnej:<ul style="list-style-type: none">– 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległychlub– 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych;8) wiek powyżej 18. roku życia;9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none">a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,5 \times 10^5/\text{mm}^3$,b) bezwzględna liczba neutrofilii większa lub równa $1500/\text{mm}^3$,c) stężenie hemoglobiny większe lub równe $10,0 \text{ g/dl}$;10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<ol style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,c) stężenie kreatyniny w granicach normy; | | <ol style="list-style-type: none">2) stężenie bilirubiny całkowitej;3) stężenie kreatyniny;4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);5) badanie ogólne moczu; <p>Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby.</p> <p>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 7 pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> <p>8. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 7 pkt. 1, nie jest |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>11) wykluczenie ciąży;</p> <p>12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego);</p> <p>13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI;</p> <p>14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są:</p> <ul style="list-style-type: none">a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze,d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA,e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy,f) żylny zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna),g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,j) niegojące się rany,k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,l) białkomocz $\geq 2\text{g}/24$ godziny oznaczony w dobowej zbiorce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe,m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>4.2. Określenie czasu leczenia</p> | | <p>wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p> |
|---|--|--|

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

4.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych.

5. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii.

5.1. Kryteria kwalifikowania

- 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
- 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
- 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;
- 4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego;
- 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;
- 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;
- 7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO;
- 8) wiek powyżej 18. roku życia;
- 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

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

| | | |
|---|--|--|
| <p>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</p> <p>6. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem.</p> <p>6.1. Kryteria kwalifikowania</p> <ol style="list-style-type: none">1) Potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20)2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych;3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie;4) wiek \geq 18 rok życia;5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1;6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;7) udokumentowana nieskuteczność wcześniejszej chemioterapii opartej na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapii z zastosowaniem leków anty-VEGF oraz leków anty-EGFR lub brak możliwości zastosowania wymienionych powyżej metod. <p>6.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie triflurydyną/typiracylem kontynuuje się do czasu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.</p> <p>6.3. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę/typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; | | |
|---|--|--|

- 2) progresja choroby;
- 3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności;
- 4) stan sprawności według WHO 3-4.

7. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

- 1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;
- 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;
- 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;
- 4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.

Załącznik B.5.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sorafenib 2) atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem 3) kabozantynib <p>W pierwszej linii leczenia dostępne są dwie terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem u dorosłych pacjentów bez przerzutów poza wątrobę i pacjentów z przerzutami pozawątrobowymi albo 2) leczenie sorafenibem u dorosłych pacjentów bez przerzutów poza wątrobę i pacjentów z przerzutami pozawątrobowymi. <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). | <p>Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</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"> 1) 6 tygodni w przypadku leczenia sorafenibem lub atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 2) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem. <p>Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 6 tygodni dla sorafenibu oraz atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem i 8 tygodni dla kabozantynibu pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</p> <p>1. Leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem)</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 5) oznaczenie antygenu HBS oraz przeciwciał anti-HCV w surowicy - dotyczy terapii sorafenibem; 6) 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; 7) oznaczenie T3, T4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 8) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:</p> <p>1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinazy tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem) albo</p> <p>2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzone miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy ≥ 1 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 żylniej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 3) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego - dotyczy leczenia sorafenibem lub atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 4) stan sprawności 0-1 według Zubroda-WHO lub ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; | <p>Dawka dobową sorafenibu: 800 mg (codziennie).</p> <p>Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia.</p> <p>W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia tych objawów oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg raz dziennie). Jeżeli pomimo zmniejszenia dawki sorafenibu do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.</p> <p>Dobowa dawka kabozantynibu: 60 mg (codziennie).</p> <p>Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia.</p> <p>2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem)</p> <p>Dawka atezolizumabu: 1200 mg</p> <p>Dawka bewacyzumabu: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie.</p> | <p>w programie lekowym – dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;</p> <ol style="list-style-type: none"> 9) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 10) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy 11) EKG; 12) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) pomiar ciśnienia tętniczego; 14) inne badania w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Leczenia raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinazy tyrozynowych (sorafenibem albo kabozantynibem)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>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;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków;</p> <p>10) w przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję;</p> <p>11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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 pkt 3.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> | <p>Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego 3 tygodnie.</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> | <p>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,</p> <p>d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych,</p> <p>e) EKG,</p> <p>f) inne badania – w razie wskazań klinicznych;</p> <p>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</p> <p>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,</p> <p>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,</p> <p>c) tomografia komputerowa odpowiedniej lokalizacji lub inne badanie obrazowe,</p> <p>d) EKG.</p> <p>2.2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).</p> <p>1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej,</p> <p>c) oznaczenie glukozy,</p> <p>d) pomiar ciśnienia tętniczego,</p> <p>e) inne badania- w razie wskazań klinicznych;</p> <p>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:</p> <p>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.);5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;8) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku. | | <ol style="list-style-type: none">b) badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) odpowiednich obszarów umożliwiające ocenę odpowiedzi,c) oznaczenie T3, T4 i TSH,d) inne badania – w razie wskazań klinicznych. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.6.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem afatynibu lub dakomitynibu (mutacja w genie EGFR).</p> <p>1.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS); <p>1.2. Obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>1.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);</p> <p>1.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> | <p>1. Dawkowanie leków w programie</p> <p>Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; b) Potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów EGFR oraz ALK lub ROS1) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych (w pierwszej kolejności należy wykonać badanie w kierunku mutacji w genie EGFR, co uzasadniają wytyczne postępowania diagnostycznego); c) Morfologia krwi z rozmazem; d) Oznaczenia stężenia kreatyniny; e) Oznaczenie stężenia bilirubiny; f) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; g) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; h) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; |

| | |
|---|--|
| <p>1.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu. U chorych z planowanym leczeniem dakomitynibem nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym</p> <p>1.6. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>1.7. Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG;</p> <p>1.8. Nieobecność istotnych klinicznie chorób współwystępujących (szczególnie - niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);</p> <p>1.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>1.10. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>1.11. Czynności wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; <p>1.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo dakomitynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>1.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>1.14. Wykluczenie stosowania wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania;</p> <p>1.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz niezyskanie</p> | <ul style="list-style-type: none">i) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD-L1;j) Test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;k) Elektrokardiografia (EKG);l) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;m) Inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. <p>2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia</p> <ul style="list-style-type: none">a) Morfologia krwi z rozmazem;b) Oznaczenia stężenia kreatyniny;c) Oznaczenie stężenia bilirubiny;d) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;e) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;f) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;g) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;h) EKG;i) Oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku aлектynibu albo brygatynibu. <p>Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych z wyjątkiem badań czynnościowych tarczycy, które powinny być wykonywane co 8 tygodni.</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu płuca) – ozymertynib (mutacja w genie EGFR) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem, dakomitynibem lub gefitynibem stosowanego z powodu zaawansowanego nowotworu) - ozymertynib (mutacja T790M w genie EGFR)</p> <p>2.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none">a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lubb) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, lubc) raka niedrobnokomórkowego NOS; <p>2.2. W przypadku kwalifikacji do:</p> <ul style="list-style-type: none">a) pierwszej linii leczenia - obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,b) drugiej linii leczenia - obecność mutacji T790M w genie EGFR potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; <p>2.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);</p> | <p>W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii: Punkty a-h co 6-12 tygodni.</p> <p>W przypadku durwalumabu: Punkty g-h co 12 tygodni.</p> <p>W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią:</p> <ul style="list-style-type: none">• Punkty a-f przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej)• Punkty g-h w odstępach 6-12 tygodniowych <p>W przypadku atezolizumabu w terapii niedrobnokórkowego raka płuca wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych.</p> <p>W fazie indukcji (podawanie atezolizumabu w skojarzeniu z karboplatiną i etopozydem w terapii drobnokomórkowego raka płuc) - wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane przed każdym cyklem. W fazie leczenia podtrzymującego atezolizumabem w monoterapii w terapii drobnokomórkowego raka płuca – wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych. Badania czynnościowe tarczycy powinny być wykonywane co 12 tygodni.</p> <p>W przypadku niwolumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych</p> <p>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>2.4. Progresa po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu, gefitynibu lub dakomitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie EGFR – dotyczy stosowania ozymertynibu w drugiej linii leczenia;</p> <p>2.5. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>2.6. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu. U chorych z planowanym leczeniem dakomitynibem nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;</p> <p>2.7. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>2.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>2.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiażdżowa choroba płuc, wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc, wydłużenie odstępu QTc w połączeniu z którymkolwiek z następujących zaburzeń: torsade de pointes, polimorficzny częstoskurcz komorowy, objawy ciężkich zaburzeń rytmu serca);</p> <p>2.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>2.11. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>2.12. Czynność wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; | <p>skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni).</p> <p>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetaksem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel.</p> <p>W przypadku alektynibu albo brygatynibu oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej powinno być wykonywane co 2 tygodnie w ciągu pierwszego miesiąca a następnie w razie wskazań klinicznych.</p> <p>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</p> <ul style="list-style-type: none">a) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;b) Inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej. <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania wykonywane są co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle.</p> <p>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania</p> |
|--|---|

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

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

| | | |
|--|--|--|
| <p>objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu);</p> <p>3.6. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);</p> <p>3.7. Wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>3.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>3.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);</p> <p>3.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>3.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>3.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; <p>3.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu lub alektynibu lub cerytynibu lub brygatynibu lub lorlatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>3.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>4. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Rak płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 \geq 50% – pembrolizumab w monoterapiib) Rak niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 $<$ 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platynyc) Rak płaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 $<$ 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitaksemem i karboplatiną <p>4.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy);</p> <p>4.2. Niestosowanie wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów); za leczenie systemowe nie uznaje się leczenia uzupełniającego pooperacyjnego oraz chemioterapii stosowanej podczas skojarzonej radiochemioterapii w stadium miejscowego zaawansowania;</p> <p>4.3. Ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych z wykorzystaniem metody wskazanej w Charakterystyce Produktu Leczniczego pembrolizumabu lub przy użyciu koncentratu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263 w zakresie następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w monoterapiib) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu:<ul style="list-style-type: none">i. w raku niepłaskonabłonkowym – w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny (karboplatiną albo cisplatiną) w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie), a następnie pembrolizumab z pemetreksedem w leczeniu podtrzymującym; | | |
|--|--|--|

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

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

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

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

| | | |
|--|--|--|
| <p>dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;</p> <p>6.5. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>6.6. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>6.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);</p> <p>6.8. Wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej;</p> <p>6.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>6.10. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>6.11. Czynność wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; <p>6.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu;</p> <p>6.13. Wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;</p> <p>6.14. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek - utrata włosów);</p> <p>6.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>7. Kryteria kwalifikowania chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem</p> <p>7.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;</p> <p>7.2. Zaawansowanie kliniczne w stopniu III, chorzy poddani radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;</p> <p>7.3. Chorzy, u których nie nastąpiła progresja choroby po radiochemioterapii – stan potwierdzony w badaniu TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu napromieniania;</p> <p>7.4. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);</p> <p>7.5. Stan sprawności 0 lub 1 wg WHO lub ECOG;</p> <p>7.6. Wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>7.8. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>7.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>7.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy; <p>7.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> | | |
|--|--|--|

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

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

b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni) lub w przypadku stosowania nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni);

9.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:

a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji mięszu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);

b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku pojawienia się przynajmniej jednej – nowej – zmiany w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią. Wówczas – w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN – zaleca się przerwanie leczenia systemowego);

9.2. **Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab) lub PDL1 (atezolizumab)**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 9.2.1., 9.2.2., 9.2.3 oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10.

9.2.1. Stosowanie pembrolizumabu w monoterapii lub pembrolizumabu w skojarzeniu z pemeteksedem i pochodnymi platyny lub pembrolizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną (I linia leczenia), niwolumabu (II linia leczenia) lub atezolizumabu (II linia leczenia w terapii niedrobnokórkowego raka

płuc lub I linia leczenia w terapii drobnokomórkowego raka płuc) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby wg. kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03 lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. Podczas stosowania w/w leków możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia:

- a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym;
- b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym;
- c) aktywności transaminaz większej niż 3-krotna i mniejszej niż 5-krotna wartość górnej granicy normy lub stężenia bilirubiny całkowitej większej niż 1,5-krotna i mniejszej niż 3-krotna wartość górnej granicy normy;
- d) stężenia kreatyniny większego niż 1,5-krotna i mniejszego niż 6-krotna wartość górnej granicy normy lub zwiększenia powyżej 1,5-krotności wartości stwierdzonej przed leczeniem;
- e) innych niepożądanych działań w stopniu 3. lub większym;

9.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):

- a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;
- b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (w przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle)(ważność badania - 14 dni);

9.2.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:

- a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji mięszu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);
- b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i

| | | |
|---|--|--|
| <p>inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia.</p> <p>W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).</p> <p>9.3. Inhibitor PDL1 (durwalumab)</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami określonymi w punktach 9.3.1., 9.3.2 i 9.3.3 oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10.</p> <p>9.3.1. Stosowanie durwalumabu jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w sekcji 4.2 Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>9.3.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):</p> <ul style="list-style-type: none">a) przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii;b) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni). <p>9.3.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:</p> <ul style="list-style-type: none">a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza. <p>10. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>10.1. Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1. (wyjątek stanowi pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany w obrębie OUN kiedy to dopuszcza się kontynuowanie leczenia inhibitorami EGFR w skojarzeniu z leczeniem miejscowym (radioterapia, chirurgia)– punkt numer 9.1.3 pkt b):</p> | | |
|---|--|--|

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

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

Załącznik B.8.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji:</p> <p>1) rozpoznanie zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);</p> <p>2) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>3) należna masa ciała (dopuszczalny ubytek masy ciała mniejszy niż 10% wartości należnej);</p> <p>4) niewystępowanie poważnych chorób współistniejących o istotnym znaczeniu dla zastosowania chemioterapii;</p> <p>5) możliwość przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie według kryteriów klasyfikacji RECIST;</p> <p>6) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm³;</p> <p>7) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm³;</p> <p>8) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;</p> <p>9) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe 5-nukleotyduzy lub GGT);</p> <p>10) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;</p> <p>11) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> | <p>1. Dawkowanie trabektedyny</p> <p>1.1 Zalecana dawka trabektedyny wynosi 1,5 mg/m² powierzchni ciała.</p> <p>1.2 Podanie leku obejmuje wlew dożylny trwający 24 godziny. Lek podaje się przez cewnik w żyłę centralnej.</p> <p>1.3 Przerwa pomiędzy cyklami leczenia wynosi 3 tygodnie.</p> <p>1.4 W ramach premedykacji należy zastosować kortykosteroidy.</p> <p>1.5 Przed podaniem drugiej i kolejnych dawek leku muszą być spełnione łącznie następujące kryteria dotyczące parametrów biochemicznych:</p> <p>1) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm³;</p> <p>2) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm³;</p> <p>3) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;</p> <p>4) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe</p> | <p>1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia - w przypadku diagnostyki mięsaka gładkokomórkowego konieczne wykonanie immunohistochemicznego oznaczenia desminy;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens 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 (w tym 5-nukleotyduzy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego);</p> <p>9) oznaczenie poziomu albumin w surowicy;</p> <p>10) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</p> <p>11) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>12) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała.</p> <p>1.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>1) badania biochemiczne:</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>12) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;</p> <p>13) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 μmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;</p> <p>14) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>15) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;</p> <p>16) udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);</p> <p>17) zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</p> <p>1) nadwrażliwość na trabektędynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) współistniejące poważne lub niekontrolowane zakażenie;</p> <p>3) wystąpienie poważnej, nawracającej i trudno odwracalnej toksyczności (stopień 3-4) podczas wcześniejszej chemioterapii;</p> <p>4) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>5) jednoczesne podanie szczepionki przeciwko żółtej febrze.</p> <p>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</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. 1.4.</p> <p>1.4. Kryteria wyłączenia z programu:</p> <p>1) progresja choroby - oceniania zgodnie z kryteriami RECIST;</p> <p>2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO</p> | <p>5-nukleotydazy lub GGT);</p> <p>5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;</p> <p>6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;</p> <p>8) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 μmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;</p> <p>9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.</p> <p>1.6 W przypadku niespełnienia kryteriów określonych w ust. 1.5 należy opóźnić podanie trabektędyny aż do osiągnięcia przez parametry biochemiczne wymaganych wartości.</p> <p>1.7 Opóźnienie podania drugiej i kolejnych dawek leku nie może wynosić więcej niż 3 tygodnie. Brak spełniania w tym okresie kryteriów określonych w ust. 1.5 nakazuje zakończenie udziału w programie.</p> <p>2. Dawkowanie pazopanibu</p> <p>1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.</p> <p>2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań</p> | <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,</p> <p>c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny,</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,</p> <p>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,</p> <p>g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),</p> <p>h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,</p> <p>i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.</p> <p>Badania należy wykonywać raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej raz między zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.</p> <p>2) badania obrazowe</p> <p>Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała - wykonywane co 7-9 tygodni oraz nie rzadziej niż co 3 cykle terapii.</p> <p>Odpowiedź na leczenie należy oceniać zgodnie z kryteriami RECIST.</p> <p>2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>(z wyłączeniem przejściowych objawów typowych dla leczenia trabektedyną);</p> <p>3) niespełnienie kryteriów wymaganych przy podaniu kolejnej dawki leku;</p> <p>4) rezygnacja pacjenta.</p> <p>2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopani be m</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji:</p> <p>1) rozpoznanie histopatologiczne zaawansowanego (nieresekcyjnego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:</p> <p>a) fibroblastycznego (włókniakomięsak dorosłych-ang. adult fibrosarcoma, śluzakowłókniakomięsak-ang.myxofibrosarcoma, stwardniały nabłonkowy włókniakomięsak- ang.sclerosing epithelioid fibrosarcoma, guz włóknisty-ang.malignant solitary fibrous tumour),</p> <p>b) fibrohistiocytarnego (pleomorficzny mięsak histiocytarny włóknisty-ang.pleomorphic malignant fibrous histiocytoma-MFH, giant cell MFH, inflammatory MFH),</p> <p>c) mięśniakomięsaka gładkokomórkowego-ang. leiomyosarcoma,</p> <p>d) złośliwego guza kłębka-ang. malignant glomus tumour,</p> <p>e) mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego pleomorficznego lub pęcherzykowego-ang. rhabdomyosarcoma pleomorphicum, rhabdomyosarcoma alveolare,</p> <p>f) guza naczyniowego (nabłonkowy śródbłoniak krwionośny-ang.epithelioid hemangioendothelioma, mięsaki naczyń krwionośnych-ang.angiosarcoma),</p> <p>g) guza o niepewnej histogenezie (mięsaki maziówkowe-ang.synovial sarcoma, mięsaki epitelioidalne-ang.epithelioid sarcoma, mięsaki pęcherzykowate-alveolar soft part sarcoma, mięsaki jasnokomórkowe-ang.clear cell sarcoma,</p> | <p>niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 200 mg.</p> <p>3) Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg.</p> <p>3. Dawkowanie sunitynibu</p> <p>1) Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę.</p> <p>2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.</p> | <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</p> <p>6) badania obrazowe do potwierdzenia progresji choroby wg RECIST;</p> <p>7) badanie elektrokardiograficzne;</p> <p>8) badanie echokardiograficzne;</p> <p>9) oznaczenie poziomu TSH;</p> <p>10) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej lokalizacji, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;</p> <p>11) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia:</p> <p>1) badania biochemiczne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenia poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej.</p> <p>Badania wymienione w pkt 1 lit. a i b należy wykonywać co 4-6 tygodni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Badania wymienione w pkt 1 lit. c i d należy wykonywać w 3., 5., 7. i 9. tygodniu, a następnie w 3. i 4. miesiącu leczenia oraz w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Należy kontynuować okresową kontrolę również po 4. miesiącu leczenia.</p> <p>2) inne badania:</p> <p>a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. Badania należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni.</p> <p>3) badania obrazowe Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie</p> |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>desmoplastyczne guzy drobnookrągłokomórkowe-ang.desmoplastic small round cell tumour, pozanerkowe guzy rabdoidalne-ang.extrarenal rhabdoid tumour, nowotwory mezenchymalne ang. malignant mesenchymoma, PEComa, mięsaki błony wewnętrznej-ang. intimal sarcoma),</p> <p>h) złośliwego obwodowego guza osłonek nerwowych;</p> <p>2) stopień złośliwości histologicznej średni lub wysoki (G2 lub G3);</p> <p>3) progresja choroby (wg kryteriów RECIST):</p> <p>a) w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub</p> <p>b) w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej;</p> <p>4) wiek powyżej 18 lat;</p> <p>5) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>6) brak przerzutów w obrębie OUN;</p> <p>7) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:</p> <p>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,0 g/dl,</p> <p>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm³,</p> <p>c) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm³;</p> <p>8) poziom kreatyniny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;</p> <p>9) poziom bilirubiny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>10) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>11) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</p> | | <p>rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.</p> <p>3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem</p> <p>3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie mięsaka pęcherzykowego zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</p> <p>6) badanie elektrokardiograficzne;</p> <p>7) badanie echokardiograficzne;</p> <p>8) oznaczenie poziomu TSH;</p> <p>9) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej okolicy, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;</p> <p>10) badanie ogólne moczu;</p> <p>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>3.2. Monitorowanie leczenia:</p> <p>1) badania biochemiczne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</p> |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich:</p> <ul style="list-style-type: none">a) chrzęstniakomięsaka,b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych,c) tłuszczakomięsaka,d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe,e) mięsaka kościopochodnego,f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego,g) włókniakomięsaka guzowatego skóry,h) zapalnego guza miofibroblastycznego,i) złośliwego międzybłoniaka,j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy,k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia; <p>2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy;</p> <p>3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);</p> <p>4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi lub stany kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none">a) angioplastyka naczyń wieńcowych,b) stentowanie naczyń wieńcowych,c) zawał mięśnia sercowego,d) niestabilna dusznica bolesna,e) pomostowanie naczyń wieńcowych,f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),g) epizod naczyniowo- mózgowy,h) zatorowość płucna,i) nieleczone zakrzepica żył głębokich,j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,k) klinicznie istotne krwawienia, | | <ul style="list-style-type: none">e) badanie ogólne moczu; <p>2) inne badania:</p> <ul style="list-style-type: none">a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. <p>Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni.</p> <p>3) badania obrazowe</p> <p>Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. <p>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p> |
|---|--|--|

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

| | | |
|---|--|--|
| <p>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1000/mm³;</p> <p>c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/mm³;</p> <p>6) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;</p> <p>7) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (lub 5-krotności górnej granicy normy w przypadku przerzutów do wątroby);</p> <p>9) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</p> <p>1) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);</p> <p>2) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi chirurgiczne lub stany kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none">a) angioplastyka naczyń wieńcowych,b) stentowanie naczyń wieńcowych,c) zawał mięśnia sercowego,d) niestabilna dusznica bolesna,e) pomostowanie naczyń wieńcowych,f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),g) epizod naczyniowo- mózgowy,h) zatorowość płucna,i) nieleczone zakrzepica żył głębokich,j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych, | | |
|---|--|--|

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

Załącznik B.9.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE LEKOWYM I CZAS LECZENIA | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 3 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) lapatynib. <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 emtanzyna.</p> <p>W leczeniu przerzutowego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.4.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. | <p>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</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>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</p> <p>1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); b) morfologia krwi z rozmazem; c) stężenie kreatyniny; d) aktywność AlAT; e) aktywność AspAT; f) stężenie bilirubiny; g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w |

| | | |
|--|---|--|
| <p>2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia u chorych, które nie otrzymały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym, trastuzumab może być także stosowany w 2. lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymała terapii anti-HER2.</p> <p>3) trastuzumab emtazyina i lapatynib z kapecytabiną w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy; dopuszczalne jest kwalifikowanie chorych z nawrotem podczas uzupełniającego leczenia trastuzumabem do stosowania trastuzumabu emtazyiny i lapatynibu z kapecytabiną w pierwszej i kolejnych liniach leczenia przerzutowego nowotworu.</p> <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia HER2-ujemnego raka piersi: inhibitorem CDK4/6 (palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy albo inhibitorem CDK4/6 (palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem.</p> <p>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>1.1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią.</p> <p>albo</p> <p>1.2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią</p> <p>albo</p> | <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu</p> <p>2. W programie lekowym trastuzumab podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami, 2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem, 3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny, 4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii, 5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej. 6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:</p> | <p>zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</p> <ol style="list-style-type: none"> i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej); j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem; k) EKG; l) badanie ECHO; m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych. <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtazyiny b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu), stężenie kreatyniny, – aktywność ALAT, |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>1.3. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią</p> <p>albo</p> <p>1.4. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną</p> <p>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/- w badaniu ISH); 3) Stopień zaawansowania: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem: <ul style="list-style-type: none"> – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego <p>albo</p> <ol style="list-style-type: none"> b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią: <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>lub</p> | <ol style="list-style-type: none"> a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4) <p>albo</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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> <ol style="list-style-type: none"> a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią <p>albo</p> <ol style="list-style-type: none"> b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z | <ul style="list-style-type: none"> – aktywność AspAT, – stężenie bilirubiny; <p>2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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> <ol style="list-style-type: none"> a) EKG, b) ECHO. <p>Dotyczy wyłącznie leczenia okołoperacyjnego trastuzumabem oraz trastuzumabem emtanzyną;</p> <p>4) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ECHO, – EKG, <p>Dotyczy wyłącznie leczenia przedoperacyjnego pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego</p> <p>albo</p> <p>c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:</p> <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) w przypadku wyłącznie 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>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). Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2- dodatniego raka piersi):</p> <p>a) obejmuje maksymalnie 14 podań,</p> <p>albo</p> <p>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby</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. 3</p> <p>Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane jest wystąpieniem objawów niepożądanych niezwiązanych – w opinii lekarza - z samym trastuzumabem, mogą zostać włączeni do programu leczenia adjuwantowego raka piersi schematem zawierającym trastuzumab i ukończyć terapię anty-</p> | <p>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</p> <p>2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</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 AIAT,</p> <p>e) aktywność AspAT,</p> <p>f) stężenie bilirubiny,</p> <p>g) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym –tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6</p> <p>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</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, (w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</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>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 schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</p> <p>7) Sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>9) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakiegokolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> | <p>HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzynty).</p> <p>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</p> <p>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</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>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>k) EKG</p> <p>l) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2;</p> <p>m) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO</p> <p>n) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne);</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) Przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub inhibitorów CDK 4/6 w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub fulwestrantem</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) stężenie kreatyniny;</p> <p>c) aktywność AlAT;</p> <p>d) aktywności AspAT;</p> <p>e) stężenie bilirubiny.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</p> <p>2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>2.1.1. Leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p>2.1.2. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p>2.1.3. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p>2.1.4. Leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p>Kryteria kwalifikacji przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</p> <p>1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi :</p> <p>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania)</p> <p>lub</p> <p>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</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>Dawka docetakselu: 75-100mg/m² (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 docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia</p> | <p>f) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych)</p> <p>U chorych leczonych trastuzumabem emtanzyną powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.</p> <p>Podczas stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie morfologii krwi należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku</p> <p>Podczas leczenia inhibitorami CDK 4/6 powyższe badania wykonuje się co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, na początku każdego z 4 kolejnych cykli, a następnie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <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</p> <p>a) EKG,</p> <p>b) ECHO,</p> <p>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik +/- w badaniu ISH);</p> <p>3) Obecność zmian chorobowych umożliwiających ocenę odpowiedzi według systemu RECIST 1.1;</p> <p>4) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG</p> <p>5) Wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>6) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</p> <p>7) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>8) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.</p> <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, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</p> | <p>niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym.</p> <p>Maksymalna dobową dawką lapatynibu: 1250mg / dobę (codziennie)</p> <p>Maksymalna dobową dawką kapecytabiny w skojarzeniu z lapatynibem: 2000 mg/m² 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>Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego</p> <p>Maksymalna dawka dobową palbocyklibu: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni ,następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)</p> <p>Maksymalna dawka dobową rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)</p> <p>Maksymalna dawka dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).</p> | <p>3) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej)</p> <p>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)</p> <p>b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),</p> <p>c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie)</p> <p>d) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6</p> <p>e) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu);</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>2.2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo</p> <p>2.2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.</p> <p>Kryteria kwalifikacji przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek powyżej 18 roku życia; 2) Potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj. <ol style="list-style-type: none"> a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania) 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$; 4) Udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) Obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1; 6) Stan: | <p>Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6: 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"> a) letrozol: 2,5mg/dobę b) anastrozol: 1 mg/dobę c) eksemestan: 25 mg/ dobę <p>W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.</p> <p>2.3. Czas leczenia</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"> 2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <ul style="list-style-type: none">– stan po obustronnym usunięciu jajników– brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn)– brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH <p>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego. W takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH);</p> <p>7) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</p> <p>9) W przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów mięszowych 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>10) 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>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>11) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>12) Nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;</p> <p>13) Nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;</p> <p>14) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.</p> | | |
|---|--|--|

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Progresja choroby nowotworowej;
- 2) Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) Wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.;
- 4) Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów CTC-AE w wersji 4.03.);
- 5) Obniżenie sprawności:
 - a) do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – w przypadku leczenia wczesnego raka piersi,
 - b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – w przypadku leczenia przerzutowego raka piersi;

| | | |
|--|--|--|
| <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 – 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.</p> | | |
|--|--|--|

Załącznik B.10.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| I LINIA LECZENIA | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych- w przypadku <i>kabozantynibu, pazopanibu, sorafenibu, sunitynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentą raka jasnokomórkowego lub sarkomatyczną- w przypadku <i>niwolumabu z ipilimumabem</i>, c) raka nerkowokomórkowego- w przypadku <i>temsyrolimusu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym; 3) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 4) zmiany możliwe do obiektywnej oceny (wg aktualnej wersji RECIST) w badaniach obrazowych metodą komputerowej | <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem, niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem, pazopanibem, sorafenibem, sunitynibem, temsyrolimusem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenie raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy <i>kabozantynibu, niwolumabu</i>); 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH); 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 11) oznaczenie białka w moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 12) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla <i>niwolumabu, temsyrolimusu</i>; |

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

1.2.2. kabozantynibem

- 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki z wykorzystaniem inhibitorów kinaz;
- 2) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego;
- 3) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC.

1.2.3. temsyrolimusem

- 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;
- 2) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky'ego;
- 3) niekorzystne rokowanie według skali IMDC.

1.2.4. niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem

- 1) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki;
- 2) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego;
- 3) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;
- 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 5) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;
- 6) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii *niwolumabem* lub *niwolumabem z ipilimumabem*;
- 7) nieobecność innych aktywnych schorzeń, które w opinii lekarza mogłyby maskować działania niepożądane

- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 7) oznaczenie białka w moczu – dla *kabozantynibu*;
- 8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla *temsyrolimusu*;
- 9) elektrokardiogram (EKG) dla *kabozantynibu*, *niwolumabu*, *niwolumabu i ipilimumabu*.

Badania wykonuje się:

- 1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia *sunitynibem*;
- 2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia *sorafenibem*, *temsyrolimusem*, *kabozantynibem*;
- 3) co 3 tygodnie – w fazie leczenia skojarzonego *ipilimumabem z niwolumabem* oraz co 4 tygodnie – w fazie monoterapii *niwolumabem*;
- 4) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia *pazopanibem*;
- 5) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia *pazopanibem* dla oznaczeń określonych w punktach 4, 5, 6.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

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

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>niwolumabu</i> i <i>ipilimumabu</i>, jak np. przewlekła biegunka lub ostre zapalenie uchyłków;</p> <p>8) brak przebytych poważnych zabiegów operacyjnych w okresie do 28 dni przed włączeniem leczenia;</p> <p>9) 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>10) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;</p> <p>11) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>12) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku <i>niwolumabu</i>, <i>ipilimumabu</i>- z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni);</p> <p>2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5, włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi</p> | | <p>wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;</p> <p>2) nadania wykonuje się co 6-12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>;</p> <p>3) przed zakończeniem:</p> <p>a) co drugiego kursu leczenia – w przypadku <i>sunitynibu</i>,</p> <p>b) co trzeciego kursu leczenia – w przypadku <i>pazopanibu</i>;</p> <p>4) 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 (klasyfikacja RECIST w wersji odpowiedniej dla rodzaju zastosowanego leczenia) lub CHOI.</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> <p>4. Monitorowanie programu</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 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</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>4) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>5) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu – w przypadku immunoterapii z zastosowaniem <i>ipilimumabu</i>;</p> <p>6) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;</p> <p>7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>8) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>9) w przypadku nietolerancji leczenia inhibitorem kinaz tyrozynowych (<i>pazopanib/sunitynib/sorafenib</i>) możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z tej samej grupy, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę;</p> <p>10) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.</p> <p>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</p> | | <p>papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</p> <p>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> |
|---|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>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;</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>5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> | | |
| II LINIA LECZENIA | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <p>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:</p> | <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem</i></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> |

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

| | | |
|--|--|--|
| <p>1.2.1. aksytynibem</p> <ol style="list-style-type: none">1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;2) brak wcześniejszego leczenia <i>aksytynibem</i>;3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;4) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. <p>1.2.2. ewerolimusem</p> <ol style="list-style-type: none">1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (kontynuacja terapii <i>ewerolimusem</i>) lub wielokinazowych inhibitorów i inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;2) brak wcześniejszego leczenia <i>ewerolimusem</i>;3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;4) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych;5) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;6) prawidłowe stężenie glukozy we krwi;7) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 zgodnie z informacjami zawartymi w ChPL. | | <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;3) oznaczenia stężenia kreatyniny;4) oznaczenie stężenia bilirubiny;5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;7) oznaczenie białka w moczu – dla <i>aksytynibu, kabozantynibu</i>;8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla <i>ewerolimusu</i>;9) elektrokardiogram (EKG) dla <i>kabozantynibu, niwolumabu</i>. <p>Badania wykonuje się co 4 tygodnie - w przypadku leczenia <i>aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem, niwolumabem</i>.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;2) przed zakończeniem co trzeciego kursu leczenia – w przypadku <i>aksytynibu i ewerolimusu</i>; |
|--|--|--|

1.2.3. kabozantinibem

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;
- 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantinibem*;
- 3) stan sprawności 70-100 wg skali Karnofsky'ego;
- 4) Nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;
- 5) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie.

1.2.4. niwolumabem

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (*sunitynib, pazopanib, kabozantinib*);
- 2) brak wcześniejszego leczenia *niwolumabem*;
- 3) stan sprawności 70 – 100 wg skali Karnofsky'ego;
- 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 5) nieobecność chorób, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii *niwolumabem*;
- 6) niestosowanie systemowe leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub

- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST (klasyfikacja RECIST w wersji odpowiedniej dla rodzaju zastosowanego leczenia) lub CHOI.

Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorecy ust.4 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;
- 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorecy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

równoważnej dawki innego leku korykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (korykosteroidy wziewne są dozwolone);

- 7) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;
- 8) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;
- 9) wiek powyżej 18 roku życia;
- 10) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku *niwolumabu*, z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5 , włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;

- 3) ciąża i karmienie piersią;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych lub zalecaniami Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności uniemożliwiające kontynuowanie leczenia;
- 7) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia- w przypadku *ewerolimus*.

4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

- 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;
- 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;
- 3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;
- 4) pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.

| | | |
|--|---|---|
| <p>5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> | | |
| III LINIA LECZENIA | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku <i>ewerolimusu</i>, <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentą raka jasnokomórkowego lub komponentą sarkomatyczną – w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym; 3) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 4) zmiany możliwe do obiektywnej oceny (wg aktualnej wersji RECIST) w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z | <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>ewerolimusem</i>, <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy <i>kabozantynibu</i>); 8) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla <i>niwolumabu</i>; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy <i>ewerolimusu</i>); 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 11) oznaczenie białka w moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) - dla <i>niwolumabu</i>; 13) oznaczenie przeciwciał anty HCV- dla <i>niwolumabu</i>; |

| | | |
|--|--|---|
| <p>zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;</p> <ol style="list-style-type: none">5) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze leczenie neurochirurgiczne lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;10) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.2.1. ewerolimusem</p> <ol style="list-style-type: none">1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem <i>kabozantynibu</i> lub <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i> w 1. linii leczenia oraz <i>niwolumabu/aksytynibu/kabozantynibu</i> w 2. linii leczenia;2) brak wcześniejszego stosowania <i>ewerolimusu</i>;3) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;4) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych;5) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; | | <ol style="list-style-type: none">14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;16) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;17) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;18) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji przerzutów);19) elektrokardiogram (EKG);20) pomiar ciśnienia tętniczego;21) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;3) oznaczenia stężenia kreatyniny;4) oznaczenie stężenia bilirubiny;5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;7) oznaczenie białka w moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;8) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla <i>ewerolimusu</i>;9) elektrokardiogram (EKG) - dla <i>kabozantynibu</i> i <i>niwolumabu</i>. |
|--|--|---|

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

- 5) nieobecność chorób, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii niwolumabem;
- 6) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 7) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;
- 8) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;
- 9) wiek powyżej 18 roku życia;
- 10) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie przynajmniej 4 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5 , włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;
- 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

| | | |
|---|--|--|
| <p>skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych lub zalecaniami Towarzystw Onkologicznych;</p> <p>5) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;</p> <p>6) klinicznie istotne pogorszenie stanu ogólnej sprawności;</p> <p>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>8) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia- w przypadku <i>ewerolimus</i>;</p> <p>9) ciąża i karmienie piersią.</p> <p>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</p> <p>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;</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>5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> | | |
|--|--|--|

Załącznik B.12.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| Część I: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – pierwsza linia. | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są wcześniej nieleczeni pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek ≥ 18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany chłoniak grudkowy (stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor); 3) stan ogólny według WHO 0 – 2. <p>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czynne zakażenie HBV lub HCV; 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium; 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium; 4) niewydolność krążenia wg skali NYHA > II; 5) niewydolność wieńcowa wg skali CSS > II; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego wymagający leczenia – leczenie indukcyjne</p> <p><i>Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z chemioterapią - CHOP, CVP lub Bendamustyna)</i></p> <p><i>Cykl 1</i></p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1 dniu ((dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.</p> <p><i>Cykle 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)</i></p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p>Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 cykli.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT, i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej w tym ocena obecności antygenu CD20; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża.</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6-8 cykli w zależności od zastosowanej chemioterapii, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia, związanych z leczeniem obinutuzumabem;3) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);5) czynne zakażenie HBV lub HCV;6) ciąża. | <p>2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego – leczenie podtrzymujące</p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.</p> | <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;2) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;3) stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi;4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);5) aktywność AST, ALT;6) stężenie bilirubiny w surowicy krwi. <p>Badanie przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia)</p> <ol style="list-style-type: none">1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (rejestrze SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| | | w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| Część II: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – oporność lub progresja | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek ≥ 18 roku życia; 2) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego; 3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab; 4) stan ogólny według WHO 0 – 2. <p>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czynne zakażenie HBV lub HCV; 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy; 4) niewydolność krążenia wg NYHA >II; 5) niewydolność wieńcowa wg CCS > II; 6) inne czynne, ciężkie zakażenia; 7) ciąża. | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie indukcyjne</p> <p><i>Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z bendamustyną)</i></p> <p><i>Cykl 1</i></p> <p>Obinutuzumab podaje się w skojarzeniu z bendamustyną w zalecanej dawce 1000mg w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><i>Cykle 2-6</i></p> <p>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Bendamustynę w dawce 90 mg/m² podaje się dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia (<i>cykle 1-6</i>). Dopuszcza się redukcję dawki zgodnie z zapisem w ChPL.</p> <p>2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie podtrzymujące</p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb; a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie kwasu moczowego; 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu); |

| | | |
|--|--|--|
| <p>3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6 cykli, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia;3) progresja choroby w trakcie leczenia oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;4) potwierdzone rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii;5) czynne zakażenie HBV lub HCV;6) ciąża. | | <ol style="list-style-type: none">5) aktywność AST, ALT;6) stężenie bilirubiny. <p>Badania przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia):</p> <ol style="list-style-type: none">1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.14.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: <ol style="list-style-type: none"> a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu; 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem | <p>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</p> <p>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie.</p> <p>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w zaawansowanych fazach choroby wynosi 140 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zaawansowane fazy PBSz obejmują fazę akceleracji, fazę przełomu blastycznego, który może być mieloblastyczny lub limfoblastyczny. Podobnie jest traktowana ostra białaczka limfoblastyczna z chromosomem filadelfijskim (Ph+ALL).</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania dazatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.</p> | <p>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie). <p>1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem</p> <p>Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina. <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib lub bosutynib.</p> <p>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib; 2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość); 3) stan sprawności 3-4 według WHO; 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku: <ul style="list-style-type: none"> – brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %); 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS; 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy; 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym. 8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu. <p>1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało</p> | <p>Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania nilotynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.</p> <p>Zaleca się podawanie dawki 500 mg bosutynibu raz na dobę. Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjentów, u których nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8; – nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12. <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania bosutynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki zgodnie z zapisami zawartymi w ChPL leku Bosulif.</p> <p>4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem</p> <p>Rozpoczęcie leczenia dawką 45 mg raz na dobę doustnie zaleca się u chorych z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją</p> | <p>– CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie), <p>2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem</p> <p>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina. <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p>2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p>to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.</p> <p>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) stan ogólny 0-2 według WHO; 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: <ol style="list-style-type: none"> a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem. <p>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatinibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.</p> <p>2.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib; | <p>PBSz do fazy akceleracji lub kryzy blastycznej.</p> <p>Rozpoczęcie leczenia dawką 30 mg raz na dobę lub 15 mg raz na dobę zaleca się u chorych nietolerujących uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo – naczyniowym.</p> <p>U świadczeniobiorców, którzy osiągnęli przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% [IS]* (MR1) można zredukować dawkę ponatynibu do 30 mg lub 15 mg/d w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania ponatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | <p>U spełniających kryteria pacjentów, u których odstawiono leczenie nilotynibem konieczne jest monitorowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem <p>Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia nilotynibu, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 12 tygodni.</p> <p>Po ponownym włączeniu leczenia u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia nilotynibem konieczne jest monitorowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL, b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące <p>Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego*</p> <p>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie) f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie) g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, |
|--|---|--|

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

2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie

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

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

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

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

2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem

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

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

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL < 1% [IS]*(MR²), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni *

3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

3.1. Badania przy kwalifikacji

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

3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

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

| | | |
|---|--|---|
| <p>1) w pierwszej linii leczenia stosowano imatynib</p> <p>2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata,</p> <p>3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia.</p> <p>Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL >0,1% [IS]* powinni wznowić leczenie nilotynibem w ciągu 4 tygodni od stwierdzenia utraty MMR.</p> <p>W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia nilotynibem.</p> <p>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</p> <p>2) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>3) stan ogólny 0-2 według WHO;</p> <p>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczenia imatinibem:</p> <p>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,</p> <p>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,</p> <p>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR¹) w 6 miesiącu leczenia imatynibem</p> <p>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*(MR²) po 12 miesiącach leczenia imatynibem,</p> <p>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* (MR³)</p> <p>f) ze stwierdzoną progresją choroby,</p> <p>g) nietolerujący imatinibu,</p> <p>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których podczas leczenia nilotynibem lub dazatynibem, wystąpiła</p> | | <p>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</p> <p>b) AspAT, AlAT,</p> <p>c) kreatynina,</p> <p>d) bilirubina, lipaza,</p> <p>e) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem</p> <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne : co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR (BCR-ABL <1% [IS]*(MR²)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.*</p> <p>4. Monitorowanie programu</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> |
|---|--|---|

nietolerancja na nilotynib lub dazatynib lub nieodpowiadający na leczenie nilotynibem lub dazatynibem (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group),

- 6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali bosutynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib -lub dazatynib (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group).

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

3.2. Kryteria wyłączenia

- 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib;
- 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku:
 - brak remisji hematologicznej,
 - brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %);
- 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]* (MR²)
- 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
- 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+)

3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie

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

nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.

W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki.

W przypadku nietolerancji nilotynibu lub dazatynibu stosowanych w drugiej lub trzeciej linii leczenia można zastosować bosutynib jako kolejny inhibitor. W przypadku nietolerancji możliwe jest więc zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.

4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem

4.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
- 2) wiek powyżej 18 roku życia;
- 3) stan ogólny 0-2 według WHO;
- 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których występuje oporność na imatynib związana z wykrytą mutacją T315I lub oporność albo nietolerancja leczenia innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej lub gdy zastosowanie innego niż ponatynib inhibitora kinazy tyrozynowej objętego refundacją w tych wskazaniach nie jest właściwe z powodów klinicznych.

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

4.2. Kryteria wyłączenia

- 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na ponatynib;
- 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:

| | | |
|--|--|--|
| <p>– brak remisji hematologicznej, – brak remisji cytogenetycznej minimalnej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%)</p> <p>5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL >10% [IS]* (MR¹)</p> <p>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;</p> <p>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph +) lub nowych mutacji ABL</p> <p>4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy wszcząć procedurę kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.</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

Załącznik B.15.

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień</p> <p>1.1. Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</p> <p>1.2. Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,</p> | <p>1. Pierwotna profilaktyka krwawień</p> <p>1) czynnik VIII osoczopochodny, 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 osoczopochodny: 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>2. Wtórna profilaktyka krwawień</p> <p>1) czynnik VIII osoczopochodny:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-</p> | <p>1. 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>1.3. 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"> 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. <p>2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień</p> <p>2.1. Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.</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"> 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o | <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"> 2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie). <p>3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:</p> <p>3.1. Dawkowanie czynnika VIII:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c. <p>3.2. 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>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Ocena skuteczności leczenia</p> <p>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku; 2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku; 3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów. <p>2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.</p> <p>Badania w monitorowaniu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku; 3) obecność przeciwciał anti-HBs; 4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anti-HBs), u dodatnich przeciwciała anti-HBc i anti HBe, DNA HBV; 5) przeciwciała anti-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV; 6) przeciwciała anti-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV; 7) USG naczyń w okolicy dościa żylnego, nie rzadziej niż raz w roku; 8) badanie ogólne moczu. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>przedłużonym działaniu.</p> <p>2.2. 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"> 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. <p>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).</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"> 1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania | <p>osoczopochodnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c. <p>3.3. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c. <p>3.4. Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem; 2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50- | <p>2.3. 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"> 1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); 2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny) <p>- w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego.</p> <p>2.4. Oznaczanie inhibitora</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach; 2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy; 3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny; 4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce. <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</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>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>4. Kryteria wyłączenia</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>5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu (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>6. Określenie czasu leczenia w programie</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>100 j/kg mc.;</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>oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii).</p> <p>3. Monitorowanie programu</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) Uzupelnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.</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.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>1. Kryteria kwalifikacji</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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1 Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin).</p> <p>1.2 Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.).</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. <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>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 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"> 1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG 2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny 3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego 4) Wizyty piąta i szóstą (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod | <p>a) morfologia krwi z rozmazem, b) AIAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy. Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin); w przypadku braku komplikacji raz na pół roku: - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań: a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. b) IgA w surowicy krwi, c) IgM w surowicy krwi, d) USG jamy brzusznej.</p> <p>2.2 Immunoglobuliny podskórne Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy: a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał), b) morfologia krwi z rozmazem, c) AIAT, d) AspAT. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV). O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia</p> |
|---|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>nadzorem personelu medycznego</p> <ol style="list-style-type: none">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 wystąpienia6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucyjnie przekraczający 3 miesiące | <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>1. Kryteria kwalifikacji</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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</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>1. Dawkowanie triptoreliny</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla. |

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

Załącznik B.19.

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

| 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. 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 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); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u niemowląt i dzieci w okresie ponimowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: <ol style="list-style-type: none"> a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przeziemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem, c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH ≥ 10 ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu), d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu; |

- 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.);
- 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia);

Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy rozpoczęciu terapii spełniały kryteria programu

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 3) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;
- 4) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;
- 5) osiągnięcie wieku kostnego:
 - a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,
 - b) powyżej 16 lat przez chłopca.

- 5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);
- 6) RTG śródreżca i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia;
- 7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej;
- 8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);
- 9) morfologia krwi, z rozmazem;
- 10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii;
- 11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;
- 12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;
- 13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3;
- 14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych;
- 15) stężenie 25OH wit. D;
- 16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA;
- 17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka;
- 18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach);
- 19) konsultacja hematologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych;
- 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede

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

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera.</p> <p>2.2. Co 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;4) pomiar stężenia TSH i fT4;5) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);6) Inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.3. Co 365 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach);6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach);7) morfologia krwi z rozmazem;8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb. |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie:</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 <3 ng/ml).</p> <p>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p>3. Monitorowanie programu</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 NISKOROSŁYCHDZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBOREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT₄; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii |

| | | |
|--|--|---|
| <p>wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1</p> <ol style="list-style-type: none">1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;2) złuszczenia głowy kości udowej;3) pseudo-tumor cerebri;4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;6) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;7) osiągnięcie wieku kostnego:<ol style="list-style-type: none">a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,b) powyżej 16 lat przez chłopca. | | <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none">5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. <p>2.2 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia IGF-1;2) pomiar stężenia IGFBP3;3) pomiar stężenia glukozy we krwi. <p>2.3 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia TSH;2) pomiar stężenia fT4;3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺);4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c} lub co 365 dni5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii <p>2.5 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;3) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co |
|--|--|---|

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

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich 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>1. Kryteria kwalifikacji</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. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B₁₂ lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;</p> <p>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B₆ (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂ i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii). <p>2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂, kwasu foliowego, witaminy 25OHD₃ we krwi; 5) poziom Ca, PO₄³⁻, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); |

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B₆;

3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób 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 B₆ - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB₆-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy;
- 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS);
- 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób 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 CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

| 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, <i>late-onset</i>) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>1. Dawkowanie</p> <p>Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Postać klasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) układ krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceną wątroby; 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża lub laktacja;2) 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;3) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy. | | <ol style="list-style-type: none">15) konsultacja neurologiczna;16) konsultacja kardiologiczna. <p>1.2. Postać nieklasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;2) morfologia krwi z rozmazem;3) układ krzepnięcia (INR, APTT);4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;5) stężenie CK, CK-MB;6) gazometria;7) USG jamy brzusznej;8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);9) pomiary antropometryczne;10) ciśnienie tętnicze krwi;11) EKG;12) USG serca;13) RTG klatki piersiowej;14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);16) konsultacja laryngologiczna;17) badanie audiometryczne;18) badanie okulistyczne;19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa); |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);</p> <p>21) konsultacja kardiologiczna;</p> <p>22) konsultacja psychologiczna;</p> <p>23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</p> <p>24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Co 180 dni (okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii);</p> <p>2.1.1. Postać klasyczna choroby</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</p> <p>3) stężenie CK, CK-MB;</p> <p>4) gazometria;</p> <p>5) układ krzepnięcia (INR, APTT);</p> <p>6) ocena masy i długości ciała;</p> <p>7) ciśnienie tętnicze krwi;</p> <p>8) EKG;</p> <p>9) USG serca;</p> <p>10) USG jamy brzusznej;</p> <p>11) RTG klatki piersiowej;</p> <p>12) konsultacja neurologiczna;</p> <p>13) konsultacja kardiologiczna;</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>14) konsultacja pulmonologiczna.</p> <p>2.1.2. Postać nieklasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;3) stężenie CK, CK-MB;4) saturacja krwi;5) gazometria;6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);7) pomiary antropometryczne;8) ciśnienie tętnicze krwi;9) EKG;10) USG serca11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);13) konsultacja kardiologiczna. <p>2.2. Co 365 dni</p> <p>2.2.1. Postać klasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). <p>2.2.2. Postać nieklasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa); |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none">3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;4) konsultacja pulmonologiczna;5) RTG klatki piersiowej;6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.23

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

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|---|---|
| <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>1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerażą</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) Pacjenci w wieku ≥ 18 lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem; 3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerażą albo welaglucerażą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerażą; 4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezoobjawową) postacią choroby Gauchera; <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy</p> | <p>1. Imigluceraza</p> <p>Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ± 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.</p> <p>W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imiglucerazy można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 ± 3 dni.</p> <p>2. Welaglucerazą alfa</p> <p>Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 ± 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 ± 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 ± 3 dni.</p> <p>3. Eliglustat</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) Morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) Układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina; 6) Aktywność fosfatazy alkalicznej; 7) Stężenia witaminy D, B12, E; 8) Stężenie cholesterolu; 9) Chitotriozydaza; 10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony; 11) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) Badanie densytometryczne kości (DEXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc); |

| | | |
|--|--|---|
| <p>wylączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</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>1.3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę albo welaglucerazę alfa albo eliglustat; 2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem; 4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerażą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby; 5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerażą alfa); 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu; 7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem. <p>2. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerazę alfa oraz welagluceraży alfa na imiglucerazę</p> <p>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"> 15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach); 16) RTG płuc; 17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby); 18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 19) EEG (w uzasadnionych przypadkach); 20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach); 21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia); 22) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Co 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Morfologia krwi pełna z rozmazem; 2) Układ krzepnięcia: APTT, INR; 3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych); <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.</p> <p>2.2. Co 365 dni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony; 2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem); 3) RTG płuc; 4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat</p> <ol style="list-style-type: none">1) Nadwrażliwość na ETZ;2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). <p>4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.</p> <p>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Nadwrażliwość na eliglustat;2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;3) Cięża;4) Laktacja;5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem. | | <p>nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);</p> <ol style="list-style-type: none">5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach);11) Chitotriozydaza;12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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 co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie 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>3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja;</p> | <p>1. Dawkowanie 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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna; |

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

| | | |
|--|--|---|
| | | <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>3. Monitorowanie programu</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)

| 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 odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia</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>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) układ krzepnięcia;</p> <p>3) proteinogram;</p> <p>4) gazometria;</p> <p>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;</p> <p>6) cholesterol;</p> <p>7) witamina D i K;</p> <p>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</p> <p>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</p> <p>10) parametry życiowe;</p> <p>11) pomiary antropometryczne;</p> <p>12) EEG;</p> <p>13) EKG;</p> <p>14) echokardiografia;</p> <p>15) RTG klatki piersiowej;</p> <p>16) USG jamy brzusznej;</p> <p>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;</p> <p>18) RTG kręgosłupa;</p> <p>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);</p> <p>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</p> <p>21) badanie audiometryczne;</p> <p>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>ds. Chorób Ultrazadkowych, 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>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 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 Ultrarządskich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>2.2 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) cholesterol;2) witaminy D i K;3) RTG klatki piersiowej;4) RTG kręgosłupa;5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);6) badanie audiometryczne;7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.27.

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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną</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>1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</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>1a. Dawkowanie tobramycyny</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>1b. Dawkowanie lewofloksacyny</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>1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność <i>P. aeruginosa</i> na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. <p>1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; 3) EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. <p>2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ul style="list-style-type: none">a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą;b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny;c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm³ na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny;e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej;f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny;g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny;h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny; | | <p>2.1 Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:</p> <ul style="list-style-type: none">1) badanie mikrobiologiczne;2) badanie spirometryczne. <p>2.2 Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none">1) stężenie kreatyniny;2) stężenie mocznika;3) badanie mikrobiologiczne;4) badanie spirometryczne;5) badanie słuchu – audiometria. <p>2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną</p> <p>2.1. Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii).</p> <p>2.2. Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania):</p> <ul style="list-style-type: none">1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi;3) badanie spirometryczne;4) EKG. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">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 |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <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>1. Kryteria kwalifikacji</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 kręczy 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>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)</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>1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)</p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</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>2. Monitorowanie leczenia</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>3. Monitorowanie programu</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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia</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>1.3. Botulinum A toxin a 100 j. (Xeomin)</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 częstością 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 STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia interferonem beta, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4 i 5 albo pacjenci spełniający kryterium 6.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) W przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) Stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 4) Brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta albo octanem glatirameru oraz wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu albo peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem; <ul style="list-style-type: none"> – pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; | <p>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu oraz teryflunomidem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania biochemiczne w tym oceniające: <ol style="list-style-type: none"> a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) Badanie ogólne moczu; 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu (Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); 5) Test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS. |

5) Brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Lecznicych;

– stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Lecznicych. 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;

6) Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;

b) pacjentów uprzednio leczonych interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub teryflunomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu;

c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2. Zamiana leków interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu oraz teryflunomid

Dopuszcza się zamianę leków pierwszej linii (interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid) w przypadku:

a) wystąpienia objawów niepożądanych, albo

b) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje

2. Monitorowanie leczenia

1) Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące;

2) Rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego);

3) Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 (z wyjątkiem oceny funkcji tarczycy) wykonywane są:

a) u dorosłych:

– przez pierwsze 6 miesięcy leczenia – co 3 miesiące,

– następnie minimum co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii z rozmazem, która powinna być wykonywana co 3 miesiące,

b) u dzieci i młodzieży:

– przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc,

– następnie co 3 miesiące lub częściej – razie konieczności (do decyzji lekarza leczącego);

4) Pozostałe badania powinny być wykonywane zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Lecznicych.

Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.

| | | |
|--|--|--|
| <p>korzyść terapeutyczną dla pacjenta, albo</p> <p>c) w przypadku częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;2) Stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych. <p>4. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji (pkt 1 oraz pkt 2).</p> <ol style="list-style-type: none">1) Liczba i ciężkość rzutów:<ol style="list-style-type: none">a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych, lubb) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach;2) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<ol style="list-style-type: none">a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. <p>5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie</p> <p>Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.</p> | | <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.30.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAZENIU DZIECIĘCYM (ICD-10 G 80)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych. 2) wiek 2-17 lat. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie: Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na leczenie; 3) myastenia gravis; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża. | <p>1. Dawkowanie Dysportu Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p> <p>2. Dawkowanie Botoxu Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji Morfologia krwi z rozmazem.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.31.

LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE | |
|--|--|
| Kryteria włączenia | 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadawalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedzicznym tętniczym nadciśnieniem płucnym; 3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie, chyba że w opisie programu wskazane jest inaczej. |
| Czas leczenia | Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. |
| Kryteria wyłączenia | 1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. |
| Ocena klasy czynnościowej | Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA). |
| Zalecenia | U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji. |

WYKAZ SKRÓTÓW

| | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia | ChPL | Charakterystyka produktu leczniczego |
| AsPAT | Aminotransferaza asparginowa | TNP | Tętnicze nadciśnienie płucne |
| AIAT | Aminotransferaza alaninowa | WHO | Światowa Organizacja Zdrowia |
| BNP/ NT-proBNP | Peptyd natriuretyczny typu B/N-końcowy fragment proBNP | ESC | European Society of Cardiology |
| ERS | European Respiratory Society | AEPC | Association for European Pediatric Cardiology |

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓLWE

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|---|--|
| <p><u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u></p> <p>IA. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)</p> <p>1. Bosentan</p> <p>1.1. Kryteria włączenia</p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p> <p>2. Sildenafil</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</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>2.2. Kryteria wyłączenia</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 (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;</p> | <p><u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u></p> <p>1. Dawkowanie bosentanu</p> <p>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p>2. Dawkowanie iloprostu</p> <p>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p>3. Dawkowanie treprostinilu</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania nieinwazyjne:</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>1.2. Badania inwazyjne</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>II. LECZENIE II RZUTU</p> <p>II.A. MONOTERAPIA</p> <p>1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil</p> <p>1.1. Kryteria włączenia</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>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>a) bosentan</p> <p>Co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL,</p> <p>b) iloprost</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>4. Dawkowanie sildenafilu</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>Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności podania postaci stałej.</p> <p>5. Dawkowanie epoprostenolu</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>6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej</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 <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>2. Monitorowanie leczenia</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>c) treprostinil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. <p>2. Epoprostenol</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia <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>7. Dawkowanie riociguatu</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. <p>8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentanu zgodnie z ChPL. | <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>2.1. Badania nieinwazyjne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań |
|--|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| <p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.</p> <p>2.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek; 3) laktacja; 4) inne przeciwwskazania określone w ChPL. <p>3. Riocyguat</p> <p>3.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) II lub III klasa czynnościowa; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe. <p>3.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh); 3) ciąża; 4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu); 5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg. <p>II.B. TERAPIA SKOJARZONA</p> <p>1. Macytentan z sildenafilem</p> | <p>9. 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>10. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><u>B. Leczenie TNP u dzieci</u></p> <p>1. Leczenie bosentanem</p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę; 2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę; 3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę. | <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>2.2. Badania inwazyjne</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"> 1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej; 2) jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami <p>lub</p> |
|--|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>1.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa; 3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL. <p>W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>a) sildenafil – określono w punkcie A I.2.2,</p> <p>b) macytentan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby; 5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy. <p>2. Riocyguat z bosentanem</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) III klasa czynnościowa; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej. | <p>2. Leczenie sildenafilem</p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie; 2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie. <p>3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem</p> <p>Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. <p>Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p>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.</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>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>2.2. Kryteria wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;7) ciąża;8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg. <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>3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:</p> <ol style="list-style-type: none">a) bosentanb) sildenafilc) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol. <p>3.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej | | <ol style="list-style-type: none">2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <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>3.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>a) bosentan – określono w punkcie A I 1.2,</p> <p>b) sildenafil – określono w punkcie A I 2.2,</p> <p>c) iloprost – określono w punkcie A II.A 1.2 b,</p> <p>d) treprostinil - określono w punkcie A II.A 1.2 c,</p> <p>e) epoprostenol - określono w punkcie A II.A 2.2.</p> <p>4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem</p> <p>4.1. Kryteria włączenia</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>1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) bosentan,b) sildenafil,c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol. <p>1.1. Kryteria włączenia</p> <ul style="list-style-type: none">1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu. <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>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <ul style="list-style-type: none">a) bosentan – określono w punkcie B I 1.2;b) sildenafil – określono w punkcie B I 2.2;c) iloprost – określono w punkcie A II.A 1.2 b;d) treprostinil - określono w punkcie A II.A 1.2 c;e) epoprostenol - określono w punkcie A II.A 2.2. | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT | | |
| Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji. | | |

Załącznik B.32.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĘŚNIEWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <p>Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3.</p> <p>Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2.</p> <p>Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby; | <p>1. Dawkowanie infliksymabu</p> <p>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>2. Dawkowanie adalimumabu</p> <p>Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>3. Dawkowanie ustekinumabu</p> <p>Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>4. Dawkowanie wedolizumabu</p> <p>Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Morfologia krwi obwodowej; 2) Aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) Kreatynina; 5) Białko C-reaktywne; 6) Badanie ogólne moczu; 7) Test Quantiferon; 8) Antygen HBs; 9) Przeciwciała anty HCV; 10) Antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) Stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PDAI u dzieci; 15) Anty HBc total. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4) Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;</p> <p>5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub dostępu do terapii ratunkowej pod warunkiem, że:</p> <ul style="list-style-type: none">- przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,- nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,- nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie; <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub- w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub- w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub- w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu. <p>W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy pediatryczni (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta. Potwierdzenie faktu otrzymania Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> | <p>Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem</p> <ol style="list-style-type: none">1) Po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci);2) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przy każdej wizycie pacjenta związanej z podaniem kolejnej dawki leku. (W przypadku podania kolejnej dawki leku w domu powyższe badania nie są konieczne). <p>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.</p> <p>Dodatkowo można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia.</p> <p>Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>2. Leczenie podtrzymujące</p> <p>Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.</p> <p>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 \leq 30 punktów.</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta.</p> <p>1) Infliksymab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;</p> <p>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;</p> <p>2) Adalimumab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 12 tygodni;</p> <p>b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą). Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;</p> | | <p>Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia.</p> <p>Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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> |
|---|--|--|

3) Ustekinumab

- a) terapia indukcyjna: 8 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI;

4) Wedolizumab

- a) terapia indukcyjna: 10 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI.

4. Kryteria wyłączenia z programu

W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu.

- 1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie;
- 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;
- 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;
- 4) Niestabilna choroba wieńcowa;
- 5) Przewlekła niewydolność oddechowa;
- 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek;
- 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby;
- 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;
- 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;
- 10) Ciąża lub karmienie piersią - możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-E

- 11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (z wyjątkiem raka in situ szyjki macicy i nieczerniakowych nowotworów skóry);
- 12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego).

5. Zakończenie leczenia w programie

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3.

- 1) Brak efektów leczenia;
- 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia;
- 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia;

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI \leq 30 punktów.

Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia.

W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześniej - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.

W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego

| | | |
|--|--|--|
| <p>możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.</p> <p>W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.</p> <p>6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów;2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie; <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 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.33.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10: M05, M06, M08)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem choroby Still'a 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</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Lecniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>2) Zmiana postaci doustnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Lecniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.</p> <p>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>3) obecność antygenu HBs;</p> <p>4) przeciwciała anti-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;</p> <p>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>7) EKG z opisem;</p> <p>8) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>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 Still'a 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">- wartość DAS 28 – większa niż 5,1 <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">- wartość DAS – większa niż 3,7 <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">- wartość SDAI – większa niż 26 <p>lub</p> <p>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none">- z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">- z RZS z wtórną amyloidozą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">- z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD). <p>3) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> | <p>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 i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.</p> | <p>bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>9) płytki krwi (PLT);</p> <p>10) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>11) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>12) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>13) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>14) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>16) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;</p> <p>17) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytinbem lub upadacytinbem lub anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). <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">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). | | <p>oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów</p> <ol style="list-style-type: none">2) płytki krwi (PLT);3) odczyn Biernackiego (OB);4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);5) stężenie kreatyniny w surowicy;6) AspAT i AlAT;7) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytinbem lub tofacytynibem lub upadacytinbem. <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>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologię krwi;2) odczyn Biernackiego (OB);3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);4) stężenie kreatyniny w surowicy; |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <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>4) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS); <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). | | <p>5) AspAT i AlAT;</p> <p>6) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy 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 (± 1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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 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>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>5) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). <p>6) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</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 tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

7) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub anakinrą u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od

| | | |
|--|--|--|
| <p>podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>8) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub anakinrą, u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). <p>Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej:</p> <p>a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:</p> <ul style="list-style-type: none">– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <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, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane.</p> <p>10) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</p> <p>11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym sześciu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</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 do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu w przypadku niespełnienia części kryteriów</p> | | |
|--|--|--|

opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

- 15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

3. Czas leczenia w programie

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$, albo $SDAI \leq 26$ lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo anakinry znacznego zmniejszenia objawów układowych.
- 2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu

albo upadacytnibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$, albo $SDAI \leq 11$. Miernikiem remisji jest wartość $DAS\ 28 \leq 2,6$ albo $DAS \leq 1,6$, albo $SDAI \leq 3,3$ lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytnibu albo baricytnibu albo upadacytnibu albo anakinry ustąpienia objawów układowych.

- 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe.
- 4) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.
- 5) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 4 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

5. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytnibu lub baricytnibu lub upadacytnibu 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.

| | | |
|--|--|---|
| <p>2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu, nastąpił wzrost wartości:</p> <p>a) DAS 28 powyżej 3,2 albo</p> <p>b) DAS powyżej 2,4 albo</p> <p>c) SDAI powyżej 11.</p> <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> | | |
| MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) Adalimumab, etanercept, tocilizumab w postaci dożylniej i anakinrę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Lecniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HCV; 4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT.</p> <p>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 pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylniej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:</p> <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 objema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym</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</p> | <p>zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>2) Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylniej i anakinry z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby / immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.</p> | <p>5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>6) EKG z opisem.</p> <p>7) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <p>8) płytki krwi (PLT);</p> <p>9) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>10) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>11) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>12) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylniej.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (± 1 miesiąc):</p> <p>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów.</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 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 38°C, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.</p> <p>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożyłnej w ramach programu lekowego, u których:</p> <p>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku</p> <p>lub</p> | | <p>lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <ol style="list-style-type: none">2) odczyn Biernackiego (OB);3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);4) stężenie kreatyniny w surowicy;5) AspAT i AlAT;6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożyłnej oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <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> <ul style="list-style-type: none">– dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ:<ul style="list-style-type: none">i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lubii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lubiii. 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>6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.</p> <p>7) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach</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> |
|--|--|--|

określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.

- 8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.
- 9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.
- 10) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane.
- 11) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
- 12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

3. Czas leczenia w programie

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 3) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (± 1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:
 - a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,
 - b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (± 1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.
- 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (± 1 miesiąc).
- 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (± 1 miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów:
 - a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;
 - b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;

| | | |
|--|--|--|
| <p>c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;</p> <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 (± 1 miesiąc).</p> <p>5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 2c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 2a) i 2b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (± 1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>6) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.</p> <p>7) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 4 ppkt 3, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.</p> | | |
|--|--|--|

5. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 4 ppkt 5, podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.
- 4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.35.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</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 i ciężką 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>1. Dawkowanie</p> <p>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);</p> <p>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - 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 antygeny HBs;</p> <p>12) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>13) obecność antygeny 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 i ciężka postać choroby:</p> <p>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgniastych) – aktywna i ciężka postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów:</p> <p>1. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:</p> <ul style="list-style-type: none">– 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 <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni | | <p>14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;</p> <p>15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>16) EKG z opisem;</p> <p>17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) monitorowanie terapii – po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) i 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ul style="list-style-type: none">a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;b) odczyn Biernackiego (OB);c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);d) stężenie kreatyniny w surowicy;e) AspAT i AIAT;f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- 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>albo</p> <p>2. wg DAS 28:</p> <ul style="list-style-type: none">- wartość DAS 28 – większa niż 3,2 <p>albo</p> <p>3. wg DAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- wartość DAS – większa niż 2,4. <p>4. u pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none">- PASI większe niż 10 <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- DLQI większe niż 10 <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none">- BSA większe niż 10; <p>program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęcią mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt1 ppkt 4;</p> | | <p>kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem</p> <p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|--|

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$ – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm.

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, 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 podskórej).

U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgniętych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4

tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów;

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii.

6) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne, tofacytynibem lub upadacytynibem.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności

| | | |
|---|--|--|
| <p>choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,</p> <ul style="list-style-type: none">– 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, <p>b) wg DAS 28 lub DAS:</p> <ul style="list-style-type: none">– 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; <p>2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:</p> <ul style="list-style-type: none">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. <p>4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</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">a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <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 programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</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>5. Kryteria wyłączenia z programu</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;</p> <p>3) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.</p> <p>6. Czas leczenia w programie</p> <p>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.</p> | | |
|---|--|--|

- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii w ramach programu.

7. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.
- 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.36.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIĄJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT; ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej;</p> <p>2) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG,</p> <p>b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie,</p> <p>c) 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</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab i upadacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem- 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 anty-HCV;</p> <p>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4 tygodnie w monoterapii. Niezadowolająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia;</p> <p>3) aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:</p> <p>a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>b) ból kręgosłupa ≥ 4 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>4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;</p> <p>5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne lub upadacytynibem.</p> <p>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie</p> <p>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</p> | | <p>14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem;</p> <p>15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>16) EKG z opisem;</p> <p>17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>b) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>d) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>e) AspAT i AlAT;</p> <p>f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem</p> <p>oraz</p> <p>dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>3. Adekwatna odpowiedź na leczenie</p> <ol style="list-style-type: none">1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;2) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$. <p>4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</p> <ol style="list-style-type: none">1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<ol style="list-style-type: none">a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocnicząlubb) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPLlubc) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; | | <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|--|--|--|

- 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

6. Czas leczenia w programie

- 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;
- 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku;
- 3) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe;
- 4) pacjenci z sacroilitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą

kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.

7. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub upadacytynibu, zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.37.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N18)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak: niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, ciężka nadczynność przytarczyc, zatrucie glinem i inne;</p> <p>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR:</p> <p>a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy albo</p> <p>b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą;</p> <p>3) wiek:</p> <p>a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy albo</p> <p>b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych;</p> <p>4) świadczeniobiorcy niedializowani.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) ciąża;</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) darbepoetyna alfa:</p> <p>a) 10 µg - 1 raz w tygodniu albo</p> <p>b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie, albo</p> <p>c) 40 µg - 1 raz w miesiącu</p> <p>- iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);</p> <p>2) epoetyna alfa:</p> <p>a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu</p> <p>- iv. lub sc.- podanie podskórne w przypadku braku stałego dostępu do żyły (średnia dawka tygodniowa dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) poziom hemoglobiny;</p> <p>2) hematokryt;</p> <p>3) GFR;</p> <p>4) TSAT;</p> <p>5) CRP.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki:</p> <p>a) poziom hemoglobiny,</p> <p>b) hematokryt;</p> <p>2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht:</p> <p>a) poziom hemoglobiny,</p> <p>b) hematokryt.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 4) schyłkowa niewydolność nerek. | | NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|---|

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKłą NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|---|
| <p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m²/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowolający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14 | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Co 30 dni w 3 - 4 stadium choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Ca zjonizowany⁺, P⁻); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. <p>2.2 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: <ol style="list-style-type: none"> a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby: |

| | | |
|---|--|--|
| <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">a) stężenie parathormonu (intact PTH),b) fosfataza alkaliczna,c) proteinogram,d) stężenie glukozy we krwi,e) stężenie kreatyniny,f) stężenie mocznika,g) jonogram w surowicy krwi (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Ca zjonizowany⁺, P⁻),h) morfologia krwi z rozmazem,i) gazometria. <p>2.3 Po 90 dniach</p> <ul style="list-style-type: none">1) stężenie IGF-1. <p>2.9 Co 365 dni</p> <ul style="list-style-type: none">1) stężenie triglicerydów;2) stężenie całkowitego cholesterolu;3) stężenie IGF-1;4) RTG śródrezcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);5) w uzasadnionych przypadkach:<ul style="list-style-type: none">a) badania densytometryczne,b) RTG stawów biodrowych,c) konsultacja okulistyczna,d) konsultacja ortopedyczna,e) cystouretografia,6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none">a) konsultacja ortopedyczna,b) RTG/USG stawów biodrowych,c) TK z kontrastem stawów biodrowych,7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none">a) badanie ogólne moczu,b) posiew moczu. |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenie dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> | <p>1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu</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>1. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);2) przeszczepienie nerki;3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia. | | |
|--|--|--|

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|--|---|
| <p>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z 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 października do 30 kwietnia.</p> <p>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem</p> <p>1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:</p> <p>a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:</p> <p>i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3) lub</p> <p>ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)</p> <p>b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:</p> <p>i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).</p> <p>2) Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki. Liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.</p> | <p>1. Dawkowanie paliwizumabu</p> <p>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium z ust. 1 pkt 1 lit. b (dysplazja oskrzelowo-płucna): kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</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. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 października do 30 kwietnia) co miesiąc - 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie;2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne;3) brak zgody pacjenta. | | <p>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.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

| 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1. <p>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Po 30 dniach</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja laryngologiczna. <p>2.2 Po 90 dniach</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następane w zależności od potrzeb. <p>2.3 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. <p>2.4 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.</p> <p>2.5 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u |

| | | |
|--|--|---|
| <p>9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej);5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu. | | <p>dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);</p> <ol style="list-style-type: none">2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<ol style="list-style-type: none">a) konsultacja kardiologiczna,b) USG serca,3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;5) pomiar stężeń triglicerydów;6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c});10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;11) pomiar stężenia IGF-1;12) konsultacja laryngologiczna;13) konsultacja ortopedyczna;14) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów);16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<ol style="list-style-type: none">a) konsultacja nefrologiczna,b) konsultacja urologiczna,c) USG jamy brzusznej, |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>d) badanie ogólne i posiew moczu;</p> <p>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none">a) konsultacja ortopedyczna,b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; <p>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none">a) konsultacja okulistyczna;b) konsultacja neurologiczna;c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). <p>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.42.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNIE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.</p> | <p>1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Po 90 dniach</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1. <p>2.2 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. <p>2.3 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT₄; 4) jonogram w surowicy krwi. <p>2.4 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego); |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat. | | <ol style="list-style-type: none">3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego);4) pomiar stężenia IGF-1;5) RTG śródreczęca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none">a) konsultacja ortopedyczna;b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<ol style="list-style-type: none">a) konsultacja okulistyczna;b) konsultacja neurologiczna;c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). <p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.44.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|---|
| <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>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</p> <p>1.1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>1.1.1. pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergenów całorocznie potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE</p> <p>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <p>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku</p> | <p>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</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), oznaczanego 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>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</p> <p>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);</p> <p>2) test <i>in vitro</i> (opcjonalnie);</p> <p>3) pomiar masy ciała;</p> <p>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);</p> <p>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);</p> <p>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);</p> <p>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</p> <p>8) morfologia krwi i badania biochemiczne;</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów;</p> <p>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;</p> <p>4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności <i>in vitro</i> na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;</p> <p>5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; <p>6) masa ciała 20-150 kg;</p> <p>7) niepalenie tytoniu;</p> <p>8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy.</p> <p>1.2. Przeciwwskazania</p> <ul style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze;2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy;3) ciąża;4) karmienie piersią; | <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>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej</p> <p>1) mepolizumabem</p> <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> | <ul style="list-style-type: none">a) stężenie kreatyniny,b) stężenie mocznika,c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),d) stężenie AIAT,e) stężenie AspAT; <p>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <ul style="list-style-type: none">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>1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none">1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat;4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p>5) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia</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> <ul style="list-style-type: none"> – poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ $o \geq 0,5$ punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ $o \geq 0,5$ punktu u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu $o \geq 5$ mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); <p>3) palenie tytoniu;</p> <p>4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;</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>2) benralizumabem</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 ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).</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>1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. <p>1.4. Monitorowanie leczenia</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>5) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu.</p> <p>1.4. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów 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>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</p> <p>2.1. Kryteria włączenia do programu</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>3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem</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"> stężenie kreatyniny, stężenie mocznika, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), stężenie AIAT, stężenie AspAT; <p>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. <p>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): <ol style="list-style-type: none"> stężenie kreatyniny, |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/μl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> ≥ 150 komórek/μl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$g (w przeliczeniu na prednizon)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 $<80\%$ wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF $>30\%$), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ $<5,0$ punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; | <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> | <ol style="list-style-type: none"> b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; <ol style="list-style-type: none"> 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>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</p> <p>7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.</p> <p>W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>2.2. Przeciwwskazania</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze;2) ciąża;3) karmienie piersią;4) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. <p>2.3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; | | <ol style="list-style-type: none">3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. <p>2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. <p>2.4. Monitorowanie leczenia</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</p> <p>4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));</p> <p>5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));</p> <p>6) palenie tytoniu;</p> <p>7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;</p> <p>8) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu;</p> <p>10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia.</p> <p>2.4. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów 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</p> | | <p>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie kreatyniny,b) CRP,c) stężenie AIAT,d) stężenie AspAT; <p>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</p> <p>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</p> <p>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <ul style="list-style-type: none">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>3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem</p> <p>3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</p> <ul style="list-style-type: none">1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); |
|---|--|--|

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:

3.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/ μ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie;

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);

- 2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) stężenie kreatyniny,
 - b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
 - c) stężenie AIAT,
 - d) stężenie AspAT;
- 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je 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 pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
 - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);
- 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii;
- 5) niepalenie tytoniu;
- 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
- 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.

lub

3.1.2. pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili w krwi na poziomie ≥ 150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE;

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2

3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

3.4. Monitorowanie leczenia:

Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej

| | | |
|--|--|---|
| <p>adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <ol style="list-style-type: none">2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekłe;3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none">a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1,5 pkt),b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów);5) niepalenie tytoniu;6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. <p>W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>3.2. Przeciwwskazania</p> | | <p>terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none">a) stężenie kreatyniny,b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),c) stężenie AIAT,d) stężenie AspAT;5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <ol style="list-style-type: none">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>4. Monitorowanie programu</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>1) nadwrażliwość na dupilumab lub substancje pomocnicze;</p> <p>2) ciąża;</p> <p>3) karmienie piersią;</p> <p>4) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>3.3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;</p> <p>2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;</p> <p>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</p> <p>4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ $>$ lub $= 0,5$ pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem));</p> <p>5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ $>$ lub $= 0,5$ pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem));</p> <p>6) palenie tytoniu;</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 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> |
|--|--|---|

- 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;
- 8) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania dupilumabu;
- 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia.

3.4. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

Załącznik B.46.

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO LUB PIERWOTNIE POSTĘPUJĄCEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia fingolimodem lub natalizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,3,5,7.</p> <p>Do leczenia alemtuzumabem kwalifikowani są pacjenci, wcześniej nieleczeni alemtuzumabem, spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7,9 albo 1,2,3,5,7,9.</p> <p>Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,6,7.</p> <p>Do leczenia kładrybiną w tabletkach kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1,2,3,4,7,8 albo 1,2,3,5,7,8.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek od 12 roku życia (natalizumab lub fingolimod) albo wiek od 18 roku życia (alemtuzumab, lub okrelizumab, lub kładrybina w tabletkach); 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) Rozpoznanie postaci rzutowo-remisyjnej stwardnienia rozsianego (RRMS) oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem | <p>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dla postaci rzutowo-remisyjnej: rezonans magnetyczny z kontrastem; Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia. 2) 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 miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. 3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 4) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcje wątroby i nerek oraz w przypadku alemtuzumabu tarczycy; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;</p> <p>4) Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, cykl leczenia interferonem beta lub peginterferonem beta-1a, lub octanem glatirameru, lub fumaranem dimetylu, lub teryflunomidem definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków (pkt a oraz pkt b):</p> <p>a) liczba i ciężkość rzutów:</p> <p>i. 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami w czasie minimum rocznego cyklu leczenia, lub</p> <p>ii. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia;</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:</p> <p>i. więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),</p> <p>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2;</p> <p>5) 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 (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt);</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:</p> <p>i. więcej niż jedna nowa zmiana GD (+) lub</p> <p>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);</p> <p>6) Rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):</p> <p>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;</p> | | <p>5) Morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>6) Badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu - badanie moczu z mikroskopową oceną osadu;</p> <p>7) Badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>8) Częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>9) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>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;</p> <p>11) Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu;</p> <p>12) Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny w tabletkach;</p> <p>13) Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu;</p> <p>14) Wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu;</p> <p>15) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu lub kladrybiny w tabletkach;</p> <p>16) Badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:</p> <ol style="list-style-type: none">i. mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji $\leq 5,0$ lubii. mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji $>5,0$; <p>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI):</p> <ol style="list-style-type: none">i. przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lubii. przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; <p>7) Stosowanie antykoncepcji w przypadku kobiet w wieku rozrodczym w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego stosowanego leku;</p> <p>8) Liczba limfocytów musi być prawidłowa przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w pierwszym roku terapii oraz wynosić co najmniej 800 komórek/mm³ przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w drugim roku terapii. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach.</p> <p>9) Brak przeciwwskazań do leczenia takich jak: ciężkie aktywne zakażenia (aż do całkowitego ich ustąpienia), zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, przebyte rozwarstwienie tętnicy szyjnej i/lub kręgosłupowej, przebyty udar mózgu, przebyta dławica piersiowa lub zawał mięśnia sercowego, koagulopatia, leczenie przeciwplatekcyjne lub leczenie przeciwzakrzepowe, współistniejące choroby autoimmunologiczne inne niż stwardnienie rozsiane.</p> <p>Ponadto do programu kwalifikuje się:</p> | | <p>zakaźnych - dotyczy okrelizumabu;</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>Ponadto pacjenci włączeni do leczenia powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.</p> <p>2. Inicjacja leczenia</p> <p>1) Fingolimod</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Przy rozpoczynaniu leczenia, jak również po jego okresowym przerwaniu należy zastosować sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>2) Natalizumab</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Sposób monitorowania pacjenta należy zastosować według Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>3) Alemtuzumab</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach hospitalizacji. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> |
|---|--|---|

10) Pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączenia do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;

11) Pacjentów uprzednio leczonych natalizumabem, lub fingolimodem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

2. Kryteria zamiany leków w programie

W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, lub w przypadku nieskuteczności leczenia dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

3. Kryteria wyłączenia z programu

Kryterium wyłączenia z programu leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów.

- 1) Przejście w postać wtórnie postępującą;
- 2) Rezygnacja pacjenta lub nieprzestrzeganie zasad leczenia;
- 3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;
- 4) W przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej

4) Okrelizumab

Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

5) Kladrybina w tabletkach

Inicjacja leczenia może być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź poradni przyszpitalnej. Należy zastosować sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.

3. Monitorowanie leczenia

Monitorując leczenie fingolimodem, lub natalizumabem lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

3.1. Monitorowanie leczenia fingolimodem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych;
- 3) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) Badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 5) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 6) Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii

leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz:

- a) w przypadku podejrzenia PML należy wstrzymać podawanie leku do czasu jego wykluczenia,
- b) w przypadku potwierdzenia PML należy trwale odstawić lek.

4. Określenie czasu leczenia w programie

Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdym pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem lub natalizumabem, lub okrelizumabem 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.

Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.

Leczenie kladrybiną w tabletkach prowadzone jest w dwóch cyklach, podawanych na początku dwóch kolejnych lat: każdy kwalifikujący się pacjent otrzymuje dwa cykle leczenia kladrybiną w tabletkach - pierwszy cykl w pierwszym roku i drugi cykl w drugim roku leczenia. Każdy cykl składa się z 2 tygodni leczenia, jednego na początku pierwszego miesiąca i jednego na początku drugiego miesiąca danego roku leczenia. Każdy cykl leczenia trwa 4 lub 5 dni, podczas których pacjent otrzymuje 10 mg lub 20 mg (jedną lub dwie tabletki) w pojedynczej dawce dobowej, w zależności od masy ciała - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po zakończeniu 2 cykli leczenia nie jest wymagane dalsze leczenie kladrybiną w tabletkach w

okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulisty jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem;

- 7) Konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia;
- 8) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.

3.2. Monitorowanie leczenia natalizumabem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych;
- 3) Badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 4) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 5) W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu;
- 6) Powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy;
- 7) U pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN. W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem;
- 8) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego;
- 9) W przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym

roku 3. i 4. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach. Czas obserwacji powinien wynosić 48 miesięcy po ostatnim podaniu leku z kontrolą co 6 miesięcy. Ocena skuteczności leczenia kladrybiną w tabletkach powinna być przeprowadzona po podaniu pełnej dawki leku, po dwóch cyklach leczenia. W przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć zmianę leczenia zgodnie z punktem 2 kryteriów zamiany leków w programie.

Za brak skuteczności leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną w tabletkach uzasadniającej zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się 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

ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:

- a) 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
- b) 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.

3.3. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;
- 3) Stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;
- 4) U pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV;
- 5) Badanie rezonansu magnetycznego - do decyzji lekarza prowadzącego.

Badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem.

Przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wirusii HBV i HCV oraz RTG klatki

pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:

- 1) Wystąpienie nieskuteczności leczenia definiowanej jako pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy lub
- 2) EDSS powyżej 8.

5. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy

Leczenie fingolimodem, lub natalizumabem, lub okrelizumabem może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 oraz kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna i nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.

Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

piersiowej.

3.4. Monitorowanie leczenia okrelizumabem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku;
- 3) Badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku;
- 4) Badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku;
- 5) Badanie HBsAg, antyHBcAg - przed każdym podaniem leku;
- 6) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego - dotyczy stosowania okrelizumabu w postaci rzutowo-remisyjnej.

3.5. Monitorowanie leczenia kladrybiną w tabletkach

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata leczenia.
- 2) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm³, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm³;
- 3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku;
- 4) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku;
- 5) Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy - przed kolejnym kursem leku;

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>6) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku;</p> <p>7) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku;</p> <p>8) Wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do 48 miesięcy po ostatniej dawce);</p> <p>9) MRI - zalecane raz na rok.</p> <p>4. Monitorowanie programu</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.47.

LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>A. Kryteria kwalifikacji</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 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>2. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>a) pacjenci w wieku:</p> <p>a) 18 lat i powyżej</p> <p>lub</p> <p>b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem;</p> <p>b) pacjenci:</p> <p>a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej</p> <p>albo</p> | <p>A. Dawkowanie</p> <p>Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, rizankizumabem, guselkumabem, certolizumab pegol i tyldrakizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> | <p>A. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi;</p> <p>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>8) obecność antygeny HBs;</p> <p>9) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>10) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem</p> <p>– którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;</p> <p>c) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:</p> <p>a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem</p> <p>albo</p> <p>PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem</p> <p>oraz</p> <p>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10,</p> <p>oraz</p> <p>c) BSA większym niż 10;</p> <p>d) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z rekomendacjami zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p>3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem, iksekizumabem, guselkumabem, risankizumabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że</p> | | <p>B. Monitorowanie leczenia</p> <p>1. Monitorowanie terapii - po 2 miesiącach (\pm 30 dni) i 4 miesiącach (\pm 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologię krwi;2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);3) stężenie kreatyniny w surowicy;4) AspAT i AlAT <p>oraz po 4 miesiącach (\pm 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 (\pm 30 dni).</p> <p>C. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2. uzupełnienie danych zawartych w w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |
|--|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p>4. W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p> <p>5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.</p> <p>B. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie</p> <p>Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Lecznicznych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p>C. Adekwatna odpowiedź na leczenie</p> <p>1. po 4 miesiącach (\pm 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub</p> <p>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.</p> <p>D. Kryteria i warunki zmiany terapii</p> <p>1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:</p> <p>1) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub</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>pomocniczą lub</p> <ol style="list-style-type: none">2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub3) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C ppkt 1-2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. <ol style="list-style-type: none">2. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa.3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.5. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 10 lub 18. <p>E. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C ppkt 1-2;2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:<ol style="list-style-type: none">a) PASI większy niż 10 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był mniejszy niż 18 albo PASI większy niż 18 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był większy niż 18 <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none">b) BSA większy niż 10, <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none">c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10; | | |
|---|--|--|

3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

F. Czas leczenia w programie

1. W przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem, risankizumabem lub tyldrakizumabem:

1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w opisie przedmiotowego programu, jednak nie dłużej niż do 96 tygodni.

2) W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej 96 tygodni

– przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.

3) Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie:

a) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu lub tyldrakizumabu albo

b) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki sekukinumabu, albo

c) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu, guselkumabu lub risankizumabu.

Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.

2. W przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol:

1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.

- 2) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu
- 3) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

G. Kryteria ponownego włączenia do programu

1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, u którego stwierdzono adekwatną odpowiedź na leczenie, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźnika PASI o co najmniej 30% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10.
2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wiązało się z uzyskaniem adekwatnej odpowiedzi.
3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.50.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|--|---|
| <p>1. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji chorych na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (olaparybem albo niraparybem)</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>Stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) 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)</p> <p>lub</p> <p>b) FIGO III u chorych jedynie z widoczną chorobą resztkową po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu)</p> <p>lub</p> <p>c) FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach</p> | <p>1. Olaparyb – maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg.</p> <p>2. Niraparyb – maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg.</p> <p>Dawkowanie, modyfikacja dawkowania, sposób oraz rytm podawania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>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;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie w surowicy stężenia:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>5) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</p> <p>6) oznaczenie stężenia CA125;</p> <p>7) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>BRCA 1/2</i> (w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu)</p> <p>lub</p> <p>d) FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu);</p> <p>2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie <i>BRCA1</i> lub w <i>BRCA2</i> (dziedzicznej lub somatycznej) – wymaganie bezwzględne tylko w przypadku olaparybu;</p> <p>3) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;</p> <p>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;</p> <p>5) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <p>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,</p> <p>b) liczba leukocytów większa lub równa $3,0 \times 10^9/l$,</p> <p>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1,5 \times 10^9/l$,</p> <p>d) liczba płytek krwi większa lub równa $100 \times 10^9/l$;</p> <p>7) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>8) wykluczenie ciąży.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania</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 badanie w razie wskazań klinicznych.</p> <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>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</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) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej;</p> <p>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:</p> <p>a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych,</p> <p>b) przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza</p> |
|--|--|---|

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

1.2. Kryteria kwalifikacji chorych na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (olaparybem)

- 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;
- 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej lub somatycznej);
- 3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);
- 4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;
- 5) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;
- 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;
- 7) wiek powyżej 18 roku życia;
- 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
 - a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,
 - b) liczba leukocytów większa lub równa $3,0 \times 10^9/l$,
 - c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1,5 \times 10^9/l$,
 - d) liczba płytek krwi większa lub równa $100 \times 10^9/l$;
- 9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:
 - a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),
 - b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),
 - c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;

zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

| | | |
|---|--|---|
| <p>10) wykluczenie ciąży.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>2.1. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)</p> <p>Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią.</p> <p>2.1.1. Leczenie chorych olaparybem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</p> <ul style="list-style-type: none">a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg RECIST 1.1) – 24 miesiące,b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg RECIST 1.1.) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. | | <p>lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p> |
|---|--|---|

2.1.2. Leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

- a) 36 miesięcy,
- b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,
- c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

2.1.3. Leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

- a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,
- b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**3.1. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

Wcześniejsze leczenie inhibitorem PARP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni olaparybem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

4. Kryteria wyłączenia z programu**4.1. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

| | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na inhibitory PARP (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1);3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC;4) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku. | | |
|--|--|--|

Załącznik B.52.

LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</p> <p>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtani) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych;</p> <p>2) potwierdzenie zaawansowania w stopniach III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach) ustalone na podstawie badania przedmiotowego i badań obrazowych;</p> | <p>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</p> <p>1. Cetuksymab</p> <p>1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ściśle monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.</p> <p>1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.</p> <p>1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m² podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym</p> | <p>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</p> <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</p> <p>1.1. Badania laboratoryjne</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;</p> <p>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</p> <p>5) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p>1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;</p> <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 chemioterapii 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>rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).</p> <p>1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m² – 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/m², co 2 tygodnie</p> <p>1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.</p> <p>1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p>2. Planowanie i realizacja radioterapii</p> <p>2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczach liniowych.</p> <p>2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej (gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).</p> <p>2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).</p> | <p>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</p> <p>2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;</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>1.3. Uwagi</p> <p>TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:</p> <p>2.1. Badania laboratoryjne</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;</p> <p>2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2.2. Inne badania</p> <p>1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;</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>10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:</p> <p>a) czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stężenie bilirubiny całkowitej \leq 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy; – aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy \leq 5-krotnej wartości górnej granicy normy; <p>b) morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stężenie hemoglobiny \geq 10,0g/dl; – poziom leukocytów $>$ 3 000/mm³; – poziom neutrofilii $>$ 1 500/mm³; – poziom płytek krwi $>$ 100 000/mm³. <p>11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</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>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> | <p>2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:</p> <ul style="list-style-type: none"> – frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy); – frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo); – hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie). <p>2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.</p> <p>B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</p> <p>1. Cetuksymab</p> <p>1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;</p> <p>1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m² podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);</p> <p>1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m² podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut).</p> | <p>2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</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>3.1. Badania laboratoryjne</p> <p>1) w razie wskazań klinicznych.</p> <p>3.2. Inne badania</p> <p>1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);</p> <p>2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;</p> <p>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;</p> <p>4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</p> <p>3.3. Uwagi</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>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;</p> <p>2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;</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. 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)</p> <p>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu różnicowania 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>Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m², co 2 tygodnie</p> <p>1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p>2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem</p> <p>2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Chemioterapia</p> <p>3.1. Cisplatyna w dawce 100 mg/m² w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m² w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli.</p> <p>4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych</p> <p>4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;</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> <p>B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</p> <p>1. Badania laboratoryjne przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;</p> <p>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</p> <p>5) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</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</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anti-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>4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;</p> <p>5) potwierdzenie sprawności wg KPS \geq 80 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"> – stężenie bilirubiny całkowitej \leq 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej $<$ 5 mg/dl, – aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy \leq 3-krotnej wartości górnej granicy normy; <p>11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> – klirens kreatyniny: | <p>4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;</p> <p>4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna+5FU) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.</p> <p>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</p> <p>1. Niwolumab</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);</p> <p>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>3.1. Badania laboratoryjne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii; 2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii; 3) inne w razie wskazań klinicznych. <p>3.2. Inne badania</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu. <p>4. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych; 2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. <p>5. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>a. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 m², b. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 m²;</p> <p>12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;3) progresja choroby lub zgon chorego;4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń. <p>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</p> | | <ol style="list-style-type: none">2) Uzupelnienie 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. <p>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</p> <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem</p> <ol style="list-style-type: none">1) Badanie przedmiotowe2) Ocena sprawności w skali ECOG3) Pomiar masy ciała4) Badania laboratoryjne<ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwib) oznaczenie stężenia kreatyninyc) oznaczanie stężenia glukozyd) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowiteje) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowejf) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasug) oznaczenie poziomu TSH |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>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</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji spełnione łącznie</p> <ol style="list-style-type: none">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) 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);4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.</p> <p>3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem</p> <p>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | | <p>h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</p> <p>5) Badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe2) Morfologia krwi3) Parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Badanie przedmiotowe2) Badanie laboratoryjne3) Badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;2) nadwrażliwość na lek;3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. | | <ol style="list-style-type: none">2) Uzupelnienie 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.53.

LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku); 2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV); 3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi; 4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu; 5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/\text{mm}^3$, b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/\text{mm}^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl, d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15; 6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej | <p>1. Dawkowanie ewerolimusu</p> <p>Zalecana dawka ewerolimusu wynosi 10 mg raz na dobę. Leczenie należy kontynuować do momentu, gdy obserwuje się korzyści kliniczne lub do wystąpienia objawów znacznej toksyczności. W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.</p> <p>1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane</p> <p>W przypadku wystąpienia poważnych lub niemożliwych do zaakceptowania działań niepożądanych może zajść konieczność zmiany dawkowania. Możliwe jest zmniejszenie dawki lub zaprzestanie podawania (np. przez tydzień) ewerolimusu, a następnie rozpoczęcie podawania od dawki 5 mg. Jeżeli konieczne jest zmniejszenie dawki, wówczas sugerowana dawka wynosi 5 mg na dobę.</p> <p>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę; | <p>1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia glukozy; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu; 9) oznaczenie stężenia trójglicerydów; 10) RTG klatki piersiowej, RTG/KT klatki piersiowej lub KT/USG jamy brzusznej w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 11) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym. <p>1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane co miesiąc: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy |

| | | |
|--|--|--|
| <p>skali Child-Pugh);</p> <ol style="list-style-type: none">7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);10) wiek powyżej 18 roku życia. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki;2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;4) ciężkie lub niekontrolowane (w ocenie lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące (w tym – poważne zakażenia, niewydolność wątroby w stopniu C według skali Child-Pugh, niekontrolowana hiperglikemia, hipercholesterolemia i hipertrójglicerydemia, nasilona niewydolność nerek);5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR. <p>2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu</p> | <ol style="list-style-type: none">2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu. <p>Jeśli w trakcie leczenia stan wątroby pacjenta (wg skali Child-Pugh) ulegnie zmianie, dawkowanie należy dostosować. Leczenie powinno być kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby lub nieakceptowanych toksyczności.</p> <p>2. Dawkowanie sunitynibu</p> <p>Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.</p> <p>Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.</p> | <ol style="list-style-type: none">d) oznaczenie stężenia bilirubiny,e) oznaczenie stężenia kreatyniny,f) oznaczenie stężenia glukozy,g) oznaczenie stężenia cholesterolu,h) oznaczenie stężenia trójglicerydów; <p>2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu. <p>2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);2) morfologia krwi z rozmazem;3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;4) oznaczenie stężenia mocznika;5) oznaczenie stężenia kreatyniny;6) oznaczenie stężenia bilirubiny;7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);14) pomiar ciśnienia tętniczego;15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>neuroendokrynnego trzustki sunitynibem</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) wiek powyżej 18 lat;2) potwierdzone patomorfologicznie rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 roku) w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami;3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);4) możliwość obiektywnej oceny wielkości zmian w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group);6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<ol style="list-style-type: none">a) wyniki badań czynności wątroby:<ul style="list-style-type: none">– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: | | <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem</p> <ol style="list-style-type: none">1) badania wykonywane co 6 tygodni:<ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem,b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,c) oznaczenie stężenia kreatyniny,d) oznaczenie stężenia bilirubiny,e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej,h) EKG;2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni:<ol style="list-style-type: none">a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru,b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT,c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie 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 lub CHOI.</p> <p>Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">– liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/\text{mm}^3$,– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/\text{mm}^3$,– stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl; <p>8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;</p> <p>9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. <p>3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</p> | | <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze raka neuroendokrynnego trzustki (SMPT-Rak neuroendokrynną trzustki), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.3) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. <p>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| Lenalidomid (schemat Rd) | | |
| <p>1. Leczenie lenalidomidem w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych chorych na szpiczaka plazmocytoowego</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji – pacjenci z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym</p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytoowym, którzy nie kwalifikują się do terapii wysokimi dawkami melfalanu z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</p> <p>1.2. Kryteria kwalifikacji – pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia; 2) stosowano uprzednio co najmniej jeden protokół leczenia i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa co najmniej 2 stopnia, jeśli ten protokół obejmował talidomid lub co najmniej 3 stopnia, jeśli ten protokół obejmował bortezomib; 3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek | <p>1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu</p> <p>1.1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu – pacjenci z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym</p> <p>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15, 20 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.</p> <p>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15 i 22 w powtarzalnych 28- dniowych cyklach.</p> <p>1.2. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu – pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym</p> <p>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym - badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) badanie cytogenetyczne (metodą klasyczną lub FISH) – dotyczy pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytoowym. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>macierzystych szpiku i w pierwszej linii leczenia stosowano bortezomib.</p> <p>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.5. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>1.4. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none">1) bezwzględna liczba neutrofilii $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<50 \times 10^9/l$ o ile nie wynika to z aktywności choroby – dotyczy wyłącznie pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym;2) bezwzględna liczba neutrofilii $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<75 \times 10^9/l$ lub $<30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne – dotyczy chorych z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym;3) ciąża;4) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;6) obecność zaburzeń chromosomalnych: del (17p), t (4;14), t (14;16) – kryterium dotyczy wyłącznie pacjentów z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym. <p>1.5. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; | <p>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-4, 9-12 i 17-20 każdego 28-dniowego cyklu przez pierwsze 4 cykle leczenia, a następnie 40 mg raz na dobę w dniach 1-4 co 28 dni.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby.</p> <p>UWAGA:</p> <p>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> | <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie wapnia w surowicy;2) AspAT, AIAT;3) stężenie bilirubiny;4) stężenie kreatyniny;5) klirens kreatyniny;6) stężenie białka M;7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>Zalecane jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. | | z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| Lenalidomid (schemat RVd) | | |
| <p>1. Leczenie lenalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z uprzednio nieleczonym szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do terapii wysokimi dawkami melfalanu z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego</p> <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <p>1) bezwzględna liczba neutrofilów $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<50 \times 10^9/l$ o ile nie wynika to z aktywności choroby;</p> | <p>1. Dawkowanie lenalidomidu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15, 20 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem.</p> <p>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa w schemacie z bortezomibem i deksametazonem: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14, w powtarzalnych 21-dniowych cyklach, maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie), a następnie w schemacie z deksametazonem zalecana dawka 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzalnych 28-dniowych cyklach.</p> <p>Bortezomib: zalecana dawka początkowa bortezomibu to $1,3 \text{ mg/m}^2$ powierzchni ciała raz na dobę, dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11., w powtarzalnych 21-dniowych cyklach maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie)</p> <p>Deksametazon: zalecana dawka w schemacie z lenalidomidem i bortezomibem: 20 mg doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG; 9) badanie cytogenetyczne (metodą klasyczną lub FISH). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążyowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2) ciąża;</p> <p>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</p> <p>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</p> <p>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.</p> | <p>w powtarzalnych 21-dniowych cyklach maksymalnie przez 8 cykli (24 tygodnie), a następnie w schemacie z lenalidomidem 40 mg raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22 w powtarzalnych 28- dniowych cyklach.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę bortezomibu i deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta.</p> | <p>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zająć w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego</p> <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza) <p>Zalecana jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | | wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| Pomalidomid (schemat Pd) | | |
| <p>1. Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące zarówno lenalidomid i bortezomib, i u których w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być włączeni pacjenci leczeni pomalidomidem w ramach innego sposobu finansowania do czasu objęcia refundacją leku w programie lekowym, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1.1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 1.3.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu</p> <p>Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg (w opakowaniu po 21 kapsułek), jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.</p> <p>Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>UWAGA:</p> <p>Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania pomalidomidu w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego <p>Ocena skuteczności:</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none">1) bezwzględna liczba neutrofilii $<1 \times 10^9/l$ i/lub liczba płytek krwi $<50 \times 10^9/l$;2) ciąża;3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. | | <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie wapnia w surowicy;2) AspAT, AIAT;3) stężenie bilirubiny;4) stężenie kreatyniny;5) klirens kreatyniny;6) stężenie białka M;7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| Pomalidomid (schemat PVd) | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>1. Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych na nawrotowego lub opornego szpiczaka plazmocytozowego</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci: z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytozowym, w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najwyżej trzy schematy leczenia, w tym schemat zawierający lenalidomid, u których w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby i nie stwierdzono przeciwwskazań do stosowania bortezomibu.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie pomalidomidem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku, mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego</p> <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu, ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bezwzględna liczba neutrofilii $<1 \times 10^9/l$ i/lub liczba płytek krwi $<50 \times 10^9/l$ o ile nie wynika to z aktywności choroby; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> | <p>1. Dawkowanie pomalidomidu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem</p> <p>Pomalidomid w postaci kapsulek twardej a 1, 2, 3 lub 4 mg (w opakowaniu po 14 kapsulek), jest stosowany w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem.</p> <p>Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14, w powtarzanych 21-dniowych cyklach.</p> <p>Bortezomib: zalecana dawka początkowa bortezomibu to $1,3 \text{ mg/m}^2$ powierzchni ciała raz na dobę, dożylnie lub podskórnym, cykle 1-8 w dniach 1., 4., 8. i 11., cykl 9 i kolejne w dniu 1. i 8 w powtarzalnych 21-dniowych cyklach.</p> <p>Deksametazon: Cykle 1-8 zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11., 12. każdego 21-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Cykl 9 i kolejne zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 8. i 9. każdego 21-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV.</p> <p>Zaleca się profilaktykę żylną choroby zakrzepowo-zatorowej.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego. <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.</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> | <p>4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; 7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</p> <p>Zalecane jest oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia</p> <p>3. Monitorowanie programu</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 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>Daratumumab (schemat DVd)</p> | | |
| <p>1. Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych chorych na szpiczaka plazmocytoowego</p> | <p>1. Dawkowanie daratumumabu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem</p> <p>Daratumumab w dawce 16 mg/kg masy ciała jest podawany we wlewie dożylnym raz w tygodniu w</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy;</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia daratumumabem</p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytoowego, którzy spełniają kryterium stanu sprawności ECOG 0-2 oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, u których zastosowano jedną linię leczenia, obejmującą bortezomib oraz przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i celowe jest ponowne leczenie bortezomibem zgodnie z zaleceniami klinicznymi pod warunkiem niewystępowania polineuropatii obwodowej lub bólu neuropatycznego ≥ 2 stopnia; 2) pacjenci, u których zastosowano 2 lub 3 poprzedzające linie leczenia, obejmujące bortezomib i lenalidomid. <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności zgodnie z zaleceniami Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> <p>1.3. Kryteria wykluczające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na daratumumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) oporność na leczenie bortezomibem lub przeciwwskazania do jego stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 2 cyklach leczenia); | <p>tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.</p> <p>Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie. Zmiana dawkowania oraz szybkości infuzji daratumumabu powinny być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Daratumumab s.c. w dawce 1800mg/podanie jest podawany podskórnym raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.</p> <p>Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie. Przed i po zakończeniu infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Bortezomib jest podawany we wstrzyknięciu podskórnym lub infuzji dożylniej w dawce 1,3 mg/m² powierzchni ciała dwa razy w tygodniu przez dwa tygodnie (dni 1., 4., 8. i 11.) w powtarzalnych cyklach terapii trwających 21 dni (3-tygodnie) przez 8 cykli.</p> <p>Deksametazon jest podawany doustnie w dawce 20 mg w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego z 8 cykli bortezomibu (80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu bortezomibu) lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym 2) badania biochemiczne: AST, ALT, bilirubina całkowita, wapń, kreatynina i klirens kreatyniny. <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia wykonanie badań pozwalających na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoczonymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>2) brak co najmniej częściowej remisji po 6 cyklach leczenia;</p> <p>3) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia daratumumabem zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) ciąża.</p> | <p>pacjentów w wieku > 75 lat, BMI < 18,5; ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii skojarzonej daratumumabem z bortezomibem i deksametazonem zaleca się profilaktykę przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa półpaśca.</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 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> |
| Karfilzomib (schemat Kd) | | |
| <p>1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem i deksametazonem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia karfilzomibem</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano 1, ale nie więcej niż 3 wcześniejsze protokoły (linie) leczenia (terapia indukująca, po której nastąpi przeszczep komórek macierzystych i terapia konsolidacyjna/podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia); 2) LVEF \geq 40%; 3) stan sprawności ECOG 0 - 2. <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> | <p>1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z deksametazonem</p> <p>Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut raz w tygodniu przez okres trzech tygodni (dzień 1., 8. i 15.), po czym następuje 13-dniowy okres bez leczenia (od 16. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/m² pc. w 1. dniu cyklu 1., a następnie jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane należy zwiększyć dawkę do 70 mg/m² pc. w 8. i 15. dniu cyklu 1. W 2. cyklu i kolejnych cyklach lek podawany jest w dawce 70 mg/m² w dniach 1., 8. i 15. (tj. 3 podania na cykl).</p> <p>Deksametazon jest podawany doustnie lub dożylnie w dawce wynoszącej 40 mg w dniach 1.,</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 poniżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki.</p> <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża i okres karmienia piersią;2) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);3) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;4) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA;5) zawał mięśnia sercowego przeżyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy;6) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym;7) bezwzględna liczba neutrofilii $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<50 \times 10^9/l$ lub $<30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne. <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia. | <p>8. i 15. wszystkich cykli oraz w dniu 22 cykli 1–9.</p> <p>Deksametazon należy podać w czasie od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</p> <p>UWAGA:</p> <p>Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.</p> <p>Dawkowanie deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego;3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG. <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie wapnia w surowicy;2) AspAT, AIAT;3) stężenie bilirubiny;4) stężenie kreatyniny;5) klirens kreatyniny;6) stężenie białka M;7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| | | <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 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> |
| Karfilzomib (schemat KRd) | | |
| <p>1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem, lenalidomidem i deksametazonem</p> <p>1.1. Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytozy w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano jeden, dwa lub trzy poprzedzające protokoły leczenia; 2) w którymkolwiek z poprzedzających protokołów leczenia zastosowano bortezomib i/lub lek immunomodulujący (talidomid lub lenalidomid lub pomalidomid); 3) nie uzyskano remisji częściowej po 4 cyklach wg protokołu zawierającego bortezomib lub stwierdzono progresję choroby po co najmniej 3 cyklach leczenia lenalidomidem i deksametazonem, jeśli był to ostatni stosowany przez pacjenta protokół leczenia; 4) pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią wysokodawkową i przeszczepieniem komórek | <p>1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem</p> <p>Karfilzomib: dawkę wylicza się w oparciu o początkowe pole powierzchni ciała pacjenta (pc.). Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dwa kolejne dni tygodnia przez okres trzech tygodni (dzień 1., 2., 8., 9., 15. i 16.), po czym następuje 12-dniowy okres bez leczenia (od 17. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia.</p> <p>Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/ m² pc. w 1. i 2. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 44 mg). Jeśli lek jest dobrze tolerowany, dawkę należy zwiększyć do 27 mg/ m² pc. w 8. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 60 mg).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>krwiotwórczych.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się przez maksymalnie 8 cykli lub do wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki leku do 20 lub 15 mg/m² pc. zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego</p> <p>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none">1) bezwzględna liczba neutrofilii <0,5x10⁹/l; liczba płytek krwi < 30x10⁹/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <75x10⁹/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Revlimid);2) ciąża i okres karmienia piersią;3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);4) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;6) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA;7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy; | <p>UWAGA:</p> <p>Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m² powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m² a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m² pc. jest podawana przez 10 minut. Dawkowanie karfilzomibu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Lenalidomid w postaci kapsulek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z karfilzomibem i deksametazonem.</p> <p>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> | <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zająć w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG. <p>Ocena skuteczności:</p> <p>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie wapnia w surowicy;2) AspAT, AIAT;3) stężenie bilirubiny;4) stężenie kreatyniny;5) klirens kreatyniny;6) stężenie białka M;7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>8) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p> <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.</p> | <p>UWAGA:</p> <p>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p>Deksametazon w skojarzeniu z lenalidomidem i karfilzomibem:</p> <p>Zalecana dawka: 40 mg doustnie lub dożylnie raz na dobę w 1., 8., 15. i 22. dniu cyklu trwającego 28 dni.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby (u chorych powyżej 75 r.ż. dawkę należy zmniejszyć do 20 mg). Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</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 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>Iksazomib (schemat IRd)</p> | | |
| <p>1. Iksazomib w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego</p> <p>1.1. Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub</p> | <p>1. Dawkowanie iksazomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy;</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym w wieku 18 lat i powyżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spełniający kryteria do leczenia lenalidomidem w połączeniu z deksametazonem <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) u których występują aberracje cytogenetyczne z grupy wysokiego ryzyka, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) delecja w chromosomie 17 - del(17p) albo b) translokacja t (4;14) albo c) translokacja t (14;16); <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) u których stosowano co najmniej dwa protokoły leczenia; 4) u których stwierdzono brak oporności na lenalidomid; 5) którzy posiadają stan sprawności ECOG 0-2. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie iksazomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej). Wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności iksazomibu lub lenalidomidu mimo zastosowania redukcji dawki danego leku zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego wymaga jego odstawienia.</p> <p>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> | <p>Zalecana dawka początkowa iksazomibu wynosi 4 mg doustnie i jest podawana raz w tygodniu w dniach 1., 8. i 15. 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu wynosi 25 mg raz na dobę i jest podawana w dniach od 1. do 21. 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Zalecana dawka deksametazonu wynosi 40 mg i jest podawana w dniach 1., 8., 15. i 22. 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3) AspAT, AIAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) udokumentowanie obecności aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia, za wyjątkiem badań z pkt. 9, które mogą być wykonane wcześniej.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi z rozmazem i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zająć w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Ponadto, po 6. cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie białka M; |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>1) bezwzględna liczba neutrofilii $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<75 \times 10^9/l$ lub $<30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;</p> <p>2) ciąża;</p> <p>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</p> <p>4) nadwrażliwość na iksazomib lub lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</p> <p>2) brak remisji częściowej po 6 cyklach leczenia;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iksazomib lub którykolwiek ze składników preparatu.</p> | | <p>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</p> <p>3. Monitorowanie programu</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 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.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>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <p>Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu. 2) Pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥ 65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.), u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: <ol style="list-style-type: none"> a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA) lub b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub d) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA). | <p>1. Dawkowanie infliksymabu</p> <p>Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>2. Dawkowanie wedolizumabu</p> <p>Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>3. Dawkowanie tofacytynibu</p> <p>Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>4. Dawkowanie ustekinumabu</p> <p>Dawkowanie ustekinumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) Aminotransferaza alaninowa; 3) Aminotransferaza asparaginianowa; 4) Kreatynina; 5) Białko C- reaktywne; 6) Badanie ogólne moczu; 7) Test Quantiferon; 8) Antygen HBS; 9) Przeciwciała ANTY HCV; 10) Badanie w kierunku wirusa HIV (HIV AG/AB COMBO); 11) Stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem; 14) Badanie endoskopowe; 15) Posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że:</p> <ol style="list-style-type: none">przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia, gdy kończy się udział pacjenta w programie. <p>4) Dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib albo ustekinumab w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi.</p> <p>Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon.</p> <p>Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon w ciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów.</p> | <p>Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>16) Badanie kału na toksynę Clostridioides Difficile;</p> <p>17) Lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem;</p> <p>18) Anty HBc total;</p> <p>19) Kalprotektyna.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem</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">ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI,ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAImorfologia krwi obwodowej,CRP. <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni.</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem</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">ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo, |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę).</p> <p>Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia:</p> <ol style="list-style-type: none">ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lubhypomagnezemi, lubpotencjalnych interakcji lekowych, lubhiperkaliemii, lubhyperurikemii, lubu pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia. <p>Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL:</p> <ol style="list-style-type: none">zaburzenia czynności nerek,niekontrolowane nadciśnienie tętnicze,trudne do opanowania zakażenia,nowotwory złośliwe. <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz:</p> <ul style="list-style-type: none">– w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub– w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu lub– w okresie co najmniej 4 tygodni po podaniu ostatniej dawki tofacytynibu lub– w okresie co najmniej 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu. | | <ol style="list-style-type: none">ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,CRP. <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni.</p> <p>2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem</p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none">ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo,ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny),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>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach (\pm 2 tyg.).</p> <p>2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem</p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany</p> |
|--|--|---|

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

- 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;
- 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;
- 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;
- 4) Niestabilna choroba wieńcowa;
- 5) Przewlekła niewydolność oddechowa;
- 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek;
- 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby;
- 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;
- 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby;
- 10) Ciąża lub karmienie piersią- możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-e
- 11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (poza rakiem in situ szyjki macicy, nieczerniakowymi nowotworami skóry);
- 12) Powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego).
- 13) Stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Podczas oceny skuteczności terapii indukcyjnej należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie je rozpocząć.

- 1) Infliksymab
 - a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;

wykonać w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,
- 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,
- 3) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni.

2.5. Optymalizacja leczenia

W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, tofacytynibem lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Ponadto można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

| | | |
|--|--|---|
| <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;</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;</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: 8 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej);</p> <p>b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.</p> <p>Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.</p> | | <p>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>4. Zakończenie leczenia w programie</p> <p>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-2.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI;2) Wystąpienie poważnych działań niepożądanych leczenia; | | |
|--|--|--|

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem albo octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy spełniający poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza; 2) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 3; 3) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml; <p>a) w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1), – wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy, | <p>1. Dawkowanie w opornym na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu</p> <p>Apalutamid: Zalecana dawka wynosi 240 mg (cztery tabletki po 60 mg) i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.</p> | <p>1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego <u>bez przerzutów</u> (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) lub <u>z przerzutami</u> (octanem abirateronu albo enzalutamidem) przed stosowaniem chemioterapii, w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia; 3) scyntygrafia kośćca (badanie aktualne); 4) obrazowanie (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – aktualne wyniki badań); 5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego z przerzutami przed stosowaniem chemioterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lub wystąpienie objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych, – zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie, – nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości); <p>albo</p> <p>c) w przypadku leczenia raka gruczołu z przerzutami w trakcie lub po stosowaniu chemioterapii z udziałem docetakselu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lub wystąpienie objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; <p>4) stan sprawności 0-1 według klasyfikacji ECOG;</p> <p>5) wiek powyżej 18. roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem albo octanem abirateronu w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> | <p>Darolutamid:</p> <p>Zalecana dawka to 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.</p> <p>Enzalutamid:</p> <p>Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.</p> <p>Octan abirateronu:</p> <p>Zalecana dawka wynosi 1000 mg i jest stosowana</p> | <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące; 2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji; 3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej; 4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej. 5) Ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu). <p>1.3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ (informacje |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność przerzutów odległych (cecha M1) - wymagane bezwzględnie tylko w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciężka niewydolność nerek (wymagane w przypadku apalutamidu albo enzalutamidu) lub ciężkie zaburzenia wątroby zgodnie z zapisami ChPL; 4) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego; 5) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; 6) rozpoznanie raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego; 7) wcześniejsze leczenie z zastosowaniem: <ol style="list-style-type: none"> a) inhibitorów CYP17, b) enzalutamidu albo apalutamidu albo darolutamidu, c) radiofarmaceutyków, d) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu), 8) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia (wymagane w przypadku apalutamidu albo enzalutamidu); 9) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu); 10) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy (wymagane w przypadku leczenia octanem abirateronu). <p>1.4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wystąpienie przerzutów do kości ocenione za pomocą scyntygrafii i potwierdzone dodatkowym badaniem obrazowym (tomografia komputerowa | <p>jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie organizmu na abirateron).</p> <p>Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym W Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualnej na dzień wydania decyzji.</p> <p>2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223</p> <p>Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.</p> <p>Dawka leku nie może być modyfikowana.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.</p> <p>Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:</p> | <p>przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p> <p>2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania laboratoryjne wykonuje się maksymalnie na 2 tygodnie przed kwalifikacją do programu, badania obrazowe (z wyjątkiem scyntygrafii) na 2 miesiące przed kwalifikacją do programu, scyntyografię wykonuje się maksymalnie na 3 miesiące przed kwalifikacją pacjenta do programu. 2) w ramach kwalifikacji pacjenta do programu wykonuje się następujące badania: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia PSA, c) oznaczenie w surowicy stężenia: bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej, testosteronu, d) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT), 3) scyntygrafia kości, 4) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy, 5) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej. |
|---|--|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>lub rezonans magnetyczny) - wymaganie bezwzględne tylko w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego bez przerzutów (apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem) w sytuacji niejednoznacznego wyniku scyntygrafii kości;</p> <ol style="list-style-type: none">2) wystąpienie progresji choroby ustalone na podstawie klasyfikacji RECIST;3) progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, zudowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml;4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid albo octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;6) pogorszenie stopnia sprawności, według klasyfikacji ECOG, do stanu 2, 3 lub 4;7) rezygnacja świadczeniobiorcy. <p>2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none">1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego;2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) w wyniku prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane) lub po wykonanej kastracji chirurgicznej;3) progresja po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia systemowego (innych niż analogi LHRH) z powodu przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w tym leczenie docetaksem ukończone | <ol style="list-style-type: none">a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC,b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań,c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie,d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania. | <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) w ramach monitorowania leczenia w programie każdorazowo przed podaniem kolejnej dawki leku wykonuje się następujące badania:<ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem,b) oznaczenie w surowicy stężenia bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej,c) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),2) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;3) po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku, jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1);4) inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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 |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223 przyjmował octan abirateronu z prednizonem/prednizolonem, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp między podaniem ostatniej dawki octanu abirateronu z prednizonem/prednizolonem, a pierwszej dawki dichlorku radu-223.</p> <p>Dopuszcza się zastosowanie dichlorku radu-223 bez zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia systemowego pod warunkiem braku możliwości zastosowania innej metody leczenia systemowego, co oznacza obecność przeciwwskazań medycznych;</p> <p>4) progresja nowotworu definiowana jest jako:</p> <p>a) wzrost stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, w tym co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi wynosić powyżej 2 ng/ml</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych;</p> <p>5) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości;</p> <p>6) bóle kostne wymagające:</p> <p>a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego lub</p> <p>b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223;</p> <p>7) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej;</p> <p>8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG;</p> <p>9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej;</p> <p>10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <p>a) liczba płytek krwi większa lub równa $1,0 \times 10^5/\text{mm}^3$,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/\text{mm}^3$,</p> | | <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 Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> |
|---|--|--|

- c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;
- 11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN;
- 12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN;
- 13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN;
- 14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 4.4., zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu pacjenta z programu.

2.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry);
albo
wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;
- 2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii);
- 3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu;
- 4) jednoczesne stosowanie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analog LHRH);
- 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagająca zaopatrzenia miejscowego

| | | |
|--|--|--|
| <p>lub radioterapii (leczenie dichlorkiem radu Ra-223 może zostać podjęte po skutecznym zakończeniu leczenia miejscowego);</p> <p>6) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym;</p> <p>7) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących:</p> <ul style="list-style-type: none">a) niekontrolowana infekcja,b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA,c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego,d) mielodysplazja szpiku; <p>8) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;</p> <p>9) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223.</p> <p>2.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów:</p> <p>1) wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności hematologicznej tj. neutropenii lub trombocytopenii w stopniu 3 lub 4 wg CTC, utrzymujące się pomimo podjętego leczenia objawowego przez okres powyżej 14 dni</p> <p>lub</p> <p>utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni;</p> <p>2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego</p> <ul style="list-style-type: none">- z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe; <p>3) progresja choroby definiowana jako:</p> <ul style="list-style-type: none">a) progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która | | |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>musi być większa 5 ng/ml</p> <p>oraz</p> <p>b) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej;</p> <p>4) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;</p> <p>5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, która nie może zostać zaopatrzona miejscowo lub której zaopatrzenie wymagałoby opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;</p> <p>6) jakiegokolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223.</p> | | |
|---|--|--|

Załącznik B.57.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10 I61, I63, I69)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox albo Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6 i/lub 1,2,4,5,6.</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek od 18 roku życia; 2) Pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala; 3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 6) Brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w | <p>1. Dawkowanie Botulinum A toxin \bar{a} 100 j. (Botox), Botulinum A toxin \bar{a} 500 j. i Botulinum A toxin \bar{a} 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin \bar{a} 100 j. (Xeomin)</p> <p>Podczas jednej sesji leczenia nie powinno się przekraczać maksymalnych dawek leku dla poszczególnych kończyn oraz maksymalnej dawki jednorazowej na sesję.</p> <p>Maksymalne dawki na sesję (według zaleceń polskich i europejskich oraz odpowiednich aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.), b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.), c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna). <p>Lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z Charakterystyką Produktów Leczniczych lub z opublikowanymi rekomendacjami grupy ekspertów PTN oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego (wybór mięśni i dawek w zależności od aktualnego stanu klinicznego i funkcjonalnego ocenionego przez lekarza).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie neurologiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) U pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq 2,5$). <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania |

| | | |
|---|--|---|
| <p>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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Liczba podań leku i czas leczenia zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki.</p> <p>3. Podawanie leku w ramach programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) O liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni;2) Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego terapię. <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</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 mięśnia i/lub ultrasonografii (USG).</p> | <p>kolejnych dawek leku;</p> <ol style="list-style-type: none">2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS;5) Ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) Uzupelnienie 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. |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch kolejnych dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych;2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;6) Cięża lub karmienie piersią;7) Potwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;9) Wszczepienie pompy baklofenowej;10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy);11) Powstanie oporności na lek. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.58.

LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie gruczolaka żołądka z obecnością przerzutów odległych; 2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/; 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej; 4) stan sprawności 0-1 wg WHO; 5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka; 6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 7) ukończenie 18 roku życia. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.</p> | <p>1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną</p> <p>Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg.</p> <p>Chemioterapia rozpoczyna się w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) cisplatyna 80 mg/m² i.v. dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m² na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie; 2) cisplatyna 80 mg/m² i.v. dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m² 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie. <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu.</p> <p>W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie kreatyniny; b) stężenie ALAT; c) stężenie AspAT; d) stężenie bilirubiny; e) stężenie sodu; f) stężenie potasu; g) stężenie wapnia. 4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; 5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni); 6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej); 7) EKG i ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI; 8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne). |

| | | |
|---|-----------------|--|
| <p>Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracyłem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6.</p> <p>3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka;2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;3) nasiloną duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami;4) stan sprawności 2-4 według WHO;5) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu;6) ciąża i karmienie piersią;7) klinicznie objawowe przerzuty do OUN;8) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia;9) istotne klinicznie i stanowiące przeciwwskazanie do stosowania chemioterapii zaburzenia wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby. <p>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;2) wystąpienie istotnych klinicznie zaburzeń wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby uniemożliwiających dalsze leczenie;3) ciąża. <p>5. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</p> <ol style="list-style-type: none">1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu | lub odwrotnie). | <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi (z rozmazem) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu;2) badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none">a) stężenie kreatyniny;b) stężenie ALAT;c) stężenie AspAT;d) stężenie bilirubiny;e) stężenie sodu;f) stężenie potasu;g) stężenie wapnia.Badania wykonuje się przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu.3) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku klinicznych wskazań;4) KT jamy brzusznej oraz RTG lub KT klatki piersiowej, co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej);5) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej, niż co 6 miesięcy. <p>Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> |
|---|-----------------|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>kwalfikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.</p> <ol style="list-style-type: none">2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. | | <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |
|---|--|--|

Załącznik B.59.

LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLIZOWYCH (ICD-10 C43)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem</p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> – brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anti-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo ii. nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anti-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; <p>2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</p> | <p>1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. <p>2. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu</p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) Diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); 3) Pomiar masy ciała; 4) Pełne badanie przedmiotowe; 5) Ocena sprawności w skali ECOG; 6) Ocena obecności mutacji BRAF V600; 7) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) Elektrokardiogram (EKG); 9) Badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i |

| | | |
|--|--|--|
| <p>3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</p> <p>4) Wiek \geq 18 lat;</p> <p>5) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;</p> <p>6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytych leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;</p> <p>7) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;</p> <p>8) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;</p> <p>9) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>10) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem</p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz; Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p> | <p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia.</p> <p>3. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu</p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.</p> <p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.</p> <p>4. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem</p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.</p> | <p>całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,</p> <p>c) badanie ogólne moczu.</p> <p>1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem</p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) Ocena obecności mutacji BRAF V600;</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 stężenia dehydrogenazy mleczanowej;</p> <p>8) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>9) Oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);</p> <p>10) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>11) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);</p> <p>12) Test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>13) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;</p> <p>14) Badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;</p> |
|--|--|--|

- 2) Rozpoczęcie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
- 3) Wiek ≥ 18 lat;
- 4) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
- 5) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) Brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 7) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem

- 1) Rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku;
- 2) Wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowiczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni;
- 3) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 4) Wiek ≥ 18 lat;
- 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) Brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka;

- 15) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;
- 16) Ocena przedmiotowa całej skóry;
- 17) Badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych;
- 18) Badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);
- 19) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka

- 1) Diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze). Diagnostykę obrazową wykonuje się:
 - a) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;
 - b) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;

- 7) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 8) Brak innego aktywnego nowotworu złośliwego;
- 9) Brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie;
- 10) Brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;
- 11) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem

- 1) Rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry;
- 2) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
- 4) Wiek ≥ 18 lat;
- 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytych leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
- 7) Wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms;

- 2) Badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej $> 1,5$ GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się:
 - a) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni;
- 3) Pomiar masy ciała;
- 4) Pełne badanie przedmiotowe;
- 5) Ocena sprawności w skali ECOG;
- 6) Ocena zdarzeń niepożądanych.

Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu.

2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem

- 1) Ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni;

| | | |
|---|--|--|
| <p>8) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>9) Brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych;</p> <p>10) Brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie;</p> <p>11) Wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii;</p> <p>12) Wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry;</p> <p>13) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>2.1. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</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> <ol style="list-style-type: none">1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach,2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku, | | <ol style="list-style-type: none">2) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni;3) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;4) Ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna);5) Elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania;6) Badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni;7) Pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek;8) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;9) Badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań. <p>3. Kontrola „follow-up” pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone</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 przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem.</p> <p>2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.</p> <p>2.3. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.</p> <p>2.4. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z</p> | | <p>1) Kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;b) Badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;c) Dermatoskopia nowych zmian skórnych;d) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4;e) Scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy);f) Zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego; <p>2) Następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej;</p> <p>3) Następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym;b) Dermatoskopia nowych zmian;c) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. |
|---|--|---|

ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka

- 1) Progresja choroby;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczności niezwiązanej z lekiem;
- 4) Brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 10 mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni;
- 5) Istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) Objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu;
- 7) Wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną;
- 8) Wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak:
 - a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2,
 - b) zapalenie jelita grubego stopnia 4,
 - c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN,
 - d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze:
 - i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN,
 - ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie

4. Monitorowanie programu

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

50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej;

- 9) Wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4;
- 10) Kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu;
- 11) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

3.2. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka

- 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby;
- 2) Toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 3) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 4) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 5) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) Rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;
- 7) Cięża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia.

3.3. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem

- 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby;
- 2) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 3) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 4) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 5) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 6) Rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie.

4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii

- 1) Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

Załącznik B.61.

LECZENIE CHORYCH NA WCZESNODZIECIĘCĄ POSTAĆ CYSTYNOZY NEFROPATYCZNEJ (ICD-10: E 72.0)**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 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 2 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy tubulopatii (tj. zespół Fanconi-de Toni-Debre) potwierdzające rozpoznanie cystynozy nefropatycznej. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>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>1. Dawkowanie cysteaminy</p> <p>Zalecana dawka dobową cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m² powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m² powierzchni ciała/dobę.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, magnezu, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żyłnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna; 13) konsultacja psychologiczna, u starszych dzieci z oceną ilorazu inteligencji; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;3) nadwrażliwość na penicylaminę;4) karmienie piersią;5) ciąża;6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych;7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia. | | <ol style="list-style-type: none">14) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.;15) konsultacja dermatologiczna;16) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym). <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Raz na 90 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, magnezu, fosforu w surowicy krwi na czczo;3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z $GFR < 60$ ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);4) gazometria krwi żyłnej;5) badanie ogólne moczu;6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;7) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;8) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. <p>2.2. Raz na 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie TSH, fT4;2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) – dotyczy pacjentów leczonych cysteaminą jedynie w postaci doustnej. <p>2.3. Raz na 365 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) USG jamy brzusznej;2) konsultacja neurologiczna; |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none">3) konsultacja endokrynologiczna;4) konsultacja psychologiczna;5) konsultacja gastrologiczna;6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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.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>1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;</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);</p> <p>4) wiek \geq 18 lat.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)</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>1. Substancja czynna: immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)</p> <p>2. Sposób podania: dożylnie (IVIg) lub podskórnym (SCIg, fSCIg)</p> <p>3. Dawkowanie</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>IVIg (podanie dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.</p> <p>SCIg (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) poziom glukozy w surowicy krwi;</p> <p>4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);</p> <p>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;</p> <p>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <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>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia; 3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej. <p>4. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej <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>SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</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"> 1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG, 2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego, 3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do | <ol style="list-style-type: none"> 10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych); 11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR; 12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego. <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>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej; 2) liczebność subpopulacji limfocytów w żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych; 3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy; 4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy; 5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy; 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy; 7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy; 8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy; 9) masa ciała na każdej wizycie; |
|---|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| <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>3. Monitorowanie programu</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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej -2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT₄; 14) pomiar stężenia fT₃; 15) RTG śródreżcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia |

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

- 1) objawy pseudo-tumor cerebri;
- 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
- 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) pseudo-tumor cerebri;
- 3) cukrzyca;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
- 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
- 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
- 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
- 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
- 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
- 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

- 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
- 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
 - a) test z insuliną,
 - b) test z klonidyną,
 - c) test z glukagonem,
 - d) test z levodopą;
- 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
- 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o karyotyp lub badanie molekularne;
- 23) USG jamy brzusznej;
- 24) USG serca;
- 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

2. Monitorowanie leczenia**2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii**

- 1) pomiar stężenia IGF-1;
- 2) pomiar stężenia IGFBP3;
- 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
- 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

2.2 Co 180 dni

- 1) pomiar glikemii na czczo;

| | | |
|--|--|---|
| <p>stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.</p> | | <ol style="list-style-type: none">2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA_{1c};3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);4) pomiar stężenia TSH;5) pomiar stężenia fT₄;6) pomiar stężenia fT₃;7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.3 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;2) pomiar stężenia IGFBP3;3) pomiar stężenia triglicerydów;4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<ol style="list-style-type: none">a) badanie dna oka,b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;8) RTG śródreżcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;9) morfologia krwi z rozmazem; |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <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">a) USG lub RTG stawów biodrowych,b) TK lub MRI stawów biodrowych,c) konsultacja ortopedyczna; <p>13) w zależności od potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none">a) USG jamy brzusznej,b) USG klatki piersiowej,c) konsultacja ortopedyczna,d) konsultacja okulistyczna,e) konsultacja neurologiczna,f) konsultacja hemato-onkologa,g) konsultacja genetyczna,h) konsultacja psychologiczna,i) TK,j) MRI,k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:</p> <p>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none">a) konsultacja okulistyczna,b) konsultacja neurologiczna,c) jonogram surowicy krwi,d) obrazowanie ośrodkowego układu |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>nerwowego TK z kontrastem lub MRI;</p> <ol style="list-style-type: none">2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<ol style="list-style-type: none">a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none">a) USG lub RTG stawów biodrowych,b) TK lub MRI stawów biodrowych,c) konsultacja ortopedyczna. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.65.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| I. DAZATYNIB | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych</p> <p>1.1. Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:</p> <p>1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub</p> <p>2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzone jest leczenie podtrzymujące lub</p> <p>3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub</p> <p>4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej lub</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dazatynib należy podawać w dawce 140 mg na dobę doustnie, do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość modyfikowania dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina; 4) badanie cytologiczne szpiku; 5) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</p> <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:</p> <p>1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT,; 3) bilirubina;</p> <p>Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:</p> <p>1) badanie cytologiczne szpiku;</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub 6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie lub 7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).</p> <p>Do programu włączani są również pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+), którzy uprzednio byli leczeni dazatynibem w ramach chemioterapii niestandardowej oraz nowo zdiagnozowani pacjenci, którzy rozpoczęli terapię w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 marca 2015 r. i rozpoczynając leczenie spełniali kryteria kwalifikacji do programu.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>1) u chorych niepoddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby; 2) u chorych poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu uzyskania całkowitej odpowiedzi molekularnej, a następnie rozważyć kontynuowanie leczenia przez kolejne dwa lata lub do czasu progresji choroby.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu; 2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem.</p> | | <p>2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</p> |
|--|--|---|

II. PONATYNIB**2. Leczenie ponatynibem chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia (Ph+) (ICD - 10 91.0)****2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ponatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych**

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:

1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzono utrzymywanie się dodatniej minimalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania dazatynibu

lub

2) wystąpiła wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania dazatynibu

lub

3) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono nietolerancję dazatynibu uniemożliwiającą jego dalsze stosowanie

lub

4) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono wystąpienie mutacji T315I genu BCR-ABL

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

2.2. Określenie czasu leczenia w programie**2. Dawkowanie**

Ponatynib należy stosować w dawce 45 mg na dobę doustnie. Do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość redukcji dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.

2. Badania**2.1. Badania przy kwalifikacji**

- 1) morfologia krwi z rozmazem,
- 2) AspAT, AlAT,
- 3) bilirubina,
- 4) lipaza,
- 5) lipidogram (cholesterol całkowity, trójglicerydy, HDL, LDL)
- 6) badanie cytologiczne szpiku,
- 7) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne;

2.2. Monitorowanie leczenia

Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:

- 1) morfologia krwi,
- 2) AspAT, AlAT,
- 3) bilirubina,
- 4) lipaza,
- 5) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem

Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:

- 1) badanie cytologiczne szpiku,

| | | |
|--|---|--|
| <p>1) u wszystkich chorych leczonych ponatynibem należy dążyć do wykonania możliwie szybko transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego; leczenie ponatynibem należy zakończyć przed transplantacją,</p> <p>2) w przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.</p> <p>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) u chorych włączonych z powodu oporności na dazatynib lub nawrotu hematologicznego – brak całkowitej remisji po 3 miesiącach leczenia ponatynibem,</p> <p>2) wystąpienie objawów nietolerancji ponatynibu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>3) progresja choroby w trakcie leczenia ponatynibem.</p> | | <p>2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</p> |
| <p>III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)</p> | | |
| <p>3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia</p> <p>3.1. Do leczenia kwalifikowani są dorośli chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, w pierwszej lub drugiej całkowitej remisji ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową większą lub równą 0,1%, w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}</p> <p>Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie:</p> <p>1) ukończony 18 rok życia;</p> | <p>3. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>3. Badania</p> <p>3.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4};</p> <p>2) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.</p> |

- 2) obecność limfoblastów z ekspresją CD19 przy rozpoznaniu;
- 3) brak uprzedniej transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych;
- 4) zastosowane co najmniej 3 schematy standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG);
- 5) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność < 5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych \geq 1000/mikrolitr, płytki krwi \geq 50 000/mikrolitr i stężenie hemoglobiny \geq 9 g/dl);
- 6) obecność minimalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$).

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy.

3.2. Określenie czasu leczenia w programie

U chorych stosuje się jeden cykl leczenia

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu.

3.3. Kryteria wyłączenia z programu

Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w

3.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem

Po cyklu leczenia:

- 1) morfologia krwi;
- 2) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} .

| | | |
|--|---|--|
| Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni | | |
| IV. BLINATUMOMAB | | |
| <p>4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych</p> <p>4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Philadelphia, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony, 3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie | <p>4. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>4. Badania</p> <p>4.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej; 2) potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 3) potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; 4) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN. <p>4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem</p> <p>Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; |

objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Lecniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem.

4.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia
- 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną.
Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:
 - a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,
 - b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,
 - c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.

(UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych).

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Lecniczego.

- 2) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;
- 3) ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
- 4) ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi.

| | | |
|---|--|--|
| <p>4.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni; 2) Brak remisji hematologicznej po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem. Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$, b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby. 3) Karmienie piersią. | | |
| V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY | | |
| <p>5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych</p> <p>5.1. Do leczenia kwalifikowani są dorośli (≥ 18 lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 $>1\%$, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, b) wznowa hematologiczna choroby; 2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: | <p>5. Dawkowanie</p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>5. Badania</p> <p>5.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Morfologia krwi z rozmazem; 2) AspAT, AlAT; 3) Bilirubina; 4) Kreatynina; 5) APTT, PT, fibrynogen; 6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego; 7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22; 8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe |

| | | |
|---|--|--|
| <p>a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,</p> <p>b) wznowa hematologiczna choroby po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji.</p> <p>5.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>1) U chorych, u których planowane jest leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia.</p> <p>2) U chorych, u których nie jest planowane leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia.</p> <p>5.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) Wystąpienie objawów nietolerancji inotuzumabu ozogamycyny</p> <p>2) Karmienie piersią</p> <p>3) Progresja w trakcie leczenia inotuzumabem ozogamycyny</p> <p>4) Brak remisji całkowitej (CR) lub remisji całkowitej z niepełną regeneracją hematopojezy (CRi) po 3 cyklach leczenia</p> | | <p>materiału tkankowego innego niż szpik lub krew, jeżeli stwierdza się pozaszpikowe nacieki białaczkowe, a nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych w krwi.</p> <p>5.2. Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny</p> <p>A. W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu:</p> <p>1) Morfologia krwi</p> <p>2) AspAT, AlAT</p> <p>3) Bilirubina</p> <p>B. Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia:</p> <p>1) Morfologia krwi</p> <p>2) AspAT, AlAT</p> <p>3) Bilirubina</p> <p>C. Po każdym cyklu leczenia:</p> <p>1) Badanie cytologiczne szpiku kostnego</p> <p>2) Badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.</p> |
|---|--|--|

VI BLINATUMOMAB (DZIECI)

6. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia u dzieci

6.1. Do leczenia kwalifikowane są dzieci (≥ 1 r.ż.) z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:

1) brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:

- a) odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$,
- b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby;

2) Wystąpienie wznowy hematologicznej lub brak molekularnej remisji choroby (MRD $> 10^{-4}$ po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia)

3) Wystąpienie wznowy hematologicznej po wcześniejszej allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych

4) Wcześniejsza kwalifikacja do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu kwalifikowane są również niemowlęta i dzieci do 1. roku życia z wrodzoną ostrą białaczką limfoblastyczną, w przypadku wznowy lub braku molekularnej remisji choroby.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu i u

6. Dawkowanie

Masa ciała pacjenta większa lub równa 45 kg (stała dawka):

1 cykl:

dni 1-7: 9 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 8-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji

Masa ciała pacjenta poniżej 45 kg (dawka oparta na pc.):

1 cykl:

dni 1-7: 5 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 9 mikrogramów/ dobę),

dni 8-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę),

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 15 mikrogramów/ m2 pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę)

W przypadku pacjentów poniżej 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w ChPL w leczeniu dzieci i młodzieży od 1. roku życia aktualną na dzień

6. Badania

6.1. Badania przy kwalifikacji

1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej. Ocena minimalnej choroby w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} ;

2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;

3) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

6.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem

Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.

Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

1) Morfologia krwi;

| | | |
|--|------------------|---|
| <p>których nie ma przeciwwskazań do wykonania allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu blinatumomabem.</p> <p>6.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia;2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję. <p>Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:</p> <ol style="list-style-type: none">a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,c) brak pozaszpikowych ognisk choroby. <p>(UWAGA: przy definiowaniu remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych)</p> <p>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>6.3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: | wydania decyzji. | <ol style="list-style-type: none">2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy. |
|--|------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$, b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</p> | | |
| VII. TISAGENLECLEUCEL | | |
| <p>7. Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>7.1. Do leczenia kwalifikowani są pacjenci w wieku do 25 lat z nawrotową/oporną ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) z komórek B, u których spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków (7.1.1-7.1.5) oraz wszystkie kryteria funkcjonalne (punkt 7.1.6):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) drugi lub kolejny nawrót w szpiku kostnym; 2) nawrót (w szpiku kostnym) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelu; 3) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ALL; 4) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI; 5) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT. | <p>7. Dawkowanie Schemat dawkowania tisagenlecleucelu zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Tisagenlecleucel musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem.</p> <p>7.1. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> | <p>7. Badania 7.1. Badania przy kwalifikacji do programu lekowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy); 4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens kreatyniny); 5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) 8) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia |

6) kryteria funkcjonalne pacjenta muszą być spełnione łącznie:

- a) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);
- b) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;
- c) stężenie bilirubiny $< 2,0$ mg/dl;
- d) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu;
- e) stan sprawności wg skali Karnofsky'ego (wiek ≥ 16 lat) lub Lansky'ego (wiek < 16 lat) ≥ 50 ;
- f) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu.

7.2. Określenie czasu leczenia w programie

U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.

7.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania tisagenlecleucelu.

7.4. Przeciwwskazania do włączenia do programu:

- 1) ciąża lub karmienie piersią;
- 2) izolowana pozaszpikowa wznova ALL
- 3) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL;
- 4) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;
- 5) zakażenie HIV;

wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);

- 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);
- 12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, fibrynogen, D-dimery)
- 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;
- 14) EKG i ECHO/MUGA.

7.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu

- 1) białka ostrej fazy (CRP, ferrytyna);
- 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak wyżej);
- 3) ocena funkcji nerek (jak wyżej);
- 4) ocena funkcji wątroby (jak wyżej);
- 5) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).

7.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu:

- 1) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT,

| | | |
|---|--|--|
| <p>6) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;</p> <p>7) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych</p> <p>8) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4</p> <p>9) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.</p> | | <p>aPTT, INR, fibrynogen);</p> <p>2) morfologia krwi obwodowej;</p> <p>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): CRP, ferrytyna, LDH, D-dimer,</p> <p>7.4. Monitorowanie leczenia</p> <p>A. Monitorowanie bezpieczeństwa po podaniu CAR-T:</p> <p>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS.</p> <p>2) w przypadku podejrzenia i/lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: CRP, ferrytyna, fibrynogen, LDH, PT, aPTT, INR oraz D-dimer (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi).</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 i badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, elektrolity) - co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania leku, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>B. Monitorowanie skuteczności terapii:</p> <p>1) W pierwszym roku od podania</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>tisagenlecleucelu co miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none">– morfologia krwi z rozmazem;– badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego. <p>2) W pierwszym roku od podania tisagenlecleucelu co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none">– ocena cytologiczna, cytometryczna i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego;– ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);– oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG. |
| | | <p>8. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |

Załącznik B.66.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI SKÓRNE T – KOMÓRKOWE (ICD – 10: C 84)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO****Część I. BEKSAROTEN W LECZENIU CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPÓŁ SÉZARY’EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|---|
| <p>1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>1) Do leczenia beksaroteniem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wiek \geq 18 lat, b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego, c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary’ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania histopatologicznego skóry), d) stadium zaawansowania choroby określone jako I B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC) <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) w pierwszej linii, lub c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym. | <p>Dawkowanie</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. 2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m²p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m²p.c./dobę. | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie glukozy we krwi; 4) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej 5) stężenie TSH oraz fT4; 6) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL); 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją) 8) EKG z opisem; 9) określenie TNMB i mSWAT; 10) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): <ul style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, |

2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) przez okres leczenia i do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze;
- 2) wystąpienie objawów toksyczności w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku;
- 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;
- 4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia;
- 5) ciąża, okres karmienia piersią.

4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

- 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.

- b) stężenie kreatyniny,
 - c) stężenie glukozy we krwi,
 - d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej
 - e) stężenie TSH oraz fT4,
 - f) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL),
 - g) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.
- 2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT.

Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

| 4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. | | |
|--|--|--|
| Część II. BRENTUKSYMAB VEDOTIN W LECZENIU CHORYCH NA SKÓRNEGO CHŁONIAKA T-KOMÓRKOWEGO (ICD-10: C 84) | | |
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu lekowego kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wiek \geq 18 lat, b) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG, c) pacjenci z potwierdzonym histopatologicznie skórnym chłoniakiem T-komórkowym (ziarniak grzybiasty - MF lub pierwotnie skórnym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek - pcALCL), d) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w MF lub jednej biopsji zmian w pcALCL e) stadium zaawansowania choroby określone jako IB lub powyżej w przypadku MF, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC), <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA lub | <p>Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie brentuksymabu vedotin w terapii skórnej chłoniaka T-komórkowego - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do terapii brentuksymabem</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie kreatyniny; 5) określenie TNMB i mSWAT 6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej 7) udokumentowanie obecności antygenu CD30+ w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 8) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: <ul style="list-style-type: none"> a) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne) b) morfologia krwi z rozmazem; c) stężenie kreatyniny; d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), stężenie bilirubiny całkowitej 2) raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA</p> <p>U chorych na MF w stadium zaawansowania IIB lub wyższym z progresją lub nawrotem choroby można zastosować brentuksymab vedotin niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Chorzy mogą otrzymać maksymalnie 16 cykli leczenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;2) toksyczność wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;4) podanie 16 cykli leczenia;5) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia;6) ciąża, okres karmienia piersią. | | <p>3) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.67.

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 z następującymi rozpoznaniem:</p> <p>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona: <ol style="list-style-type: none"> a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania. <p>1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej. <p>1.3. Miastenia (MG)</p> <p>przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO₂ (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg); | <p>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej:</p> <p>1.1. Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.</p> <p>1.2. Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.</p> <p>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.</p> <p>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:</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</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AIAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych. <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO₂ poniżej 93%;</p> <p>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;</p> <p>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwwskazania do ich stosowania;</p> <p>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;</p> <p>7) nasilenie objawów miastonii w okresie ciąży.</p> <p>1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowoczuciowa</p> <p>udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania. <p>1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe</p> <p>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.</p> <p>1.6. Zespół Guillain-Barre</p> <p>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe. | <p>tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylniej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona.</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 mc. na tydzień.</p> <p>Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy.</p> <p>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"> a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy | <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; 5) proteinogram; 6) oznaczenie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. <p>2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. <p>2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną</p> <p>każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; |
|---|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>1.7. Choroba Devica (NMO)</p> <ol style="list-style-type: none">1) potwierdzona wykonaniem:<ol style="list-style-type: none">a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,b) badania potencjałów wzrokowych,c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania. <p>1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym</p> <ol style="list-style-type: none">1) potwierdzone wykonaniem:<ol style="list-style-type: none">a) rezonansu magnetycznego mózgu,b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu lub2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia. <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> | <p>podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <ol style="list-style-type: none">d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy. | <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none">5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|---|--|

Załącznik B.70.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H35.3, H36.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD) | | |
| <p>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; | <p>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</p> <p>1.1. Dawkowanie afliberceptu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe; 2) leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, następnie odstęp pomiędzy dawkami wydłuża się do dwóch miesięcy; 3) na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać dwumiesięczny lub może zostać bardziej wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend” („lecz i wydłużaj”), w którym odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4 | <p>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu |

| | | |
|--|--|---|
| <p>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</p> <p>7) brak dominującego wylewu krwi;</p> <p>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).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</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>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</p> | <p>tygodnie na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych. W przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych należy odpowiednio skrócić odstęp między kolejnymi dawkami;</p> <p>4) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</p> <p>2.1. Dawkowanie ranibizumabu</p> <p>1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</p> | <p>przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:</p> <p>a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,</p> <p>b) OCT (optyczna koherentna tomografia),</p> <p>c) opcjonalnie - fotografia dna oka,</p> <p>d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>1.4. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;4) okres ciąży lub karmienia piersią;5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;6) przedarciove odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;7) progresja choroby definiowana jako:<ol style="list-style-type: none">a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiącelubb) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne). <p>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem ranibizumabem</p> | <ol style="list-style-type: none">2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;5) u pacjentów leczonych według schematu „treat-and-extend” („lecz i wydłużaj”) odstępy czasowe pomiędzy dawkami po osiągnięciu maksymalnej ostrości wzroku i (lub) braku cech aktywności choroby można stopniowo wydłużać, aż do wystąpienia cech aktywności choroby lub pogorszenia widzenia. Odstępy między dawkami należy jednorazowo wydłużać o dwa lub cztery tygodnie. Jeśli aktywność choroby nawróci, odstępy pomiędzy dawkami należy odpowiednio skrócić;6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej | <ol style="list-style-type: none">3) fotografia dna oka;4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu. <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:<ol style="list-style-type: none">a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,b) OCT (optyczna koherentna tomografia),c) opcjonalnie - fotografia dna oka,d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z |
|--|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;wiek powyżej 45. roku życia;wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;brak dominującego zaniku geograficznego;brak dominującego wylewu krwi.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). <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na</p> | <p>leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <ol style="list-style-type: none">w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalneu świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</p> <p>3.1. Dawkowanie brolicizumabu</p> <ol style="list-style-type: none">zalecana dawka brolicizumabu wynosi 6 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;leczenie brolicizumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia co 4 tygodnie (miesiąc) (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w | <p>diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</p> <p>3.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;OCT (optyczna koherentna tomografia);fotografia dna oka;angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert |
|---|--|--|

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami dozklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.4. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
- 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
- 4) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;
- 7) progresja choroby definiowana jako:

odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu);

- 3) odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami leku może zostać wydłużony do 12 tygodni (3 miesięcy) (tj. co najmniej 84 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) u pacjentów z brakiem aktywności choroby ocenianej 2 miesiące od serii 3 dawek nasycających leku;
- 4) lekarz prowadzący może następnie indywidualnie ustalać odstępy pomiędzy dawkami (wydłużać lub skracać minimalnie do 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) w zależności od aktywności choroby ocenianej na podstawie ostrości wzroku i (lub) parametrów w anatomicznych;
- 5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami dozklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
 - a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne
 - lub
 - b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń

Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

3.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem brolicizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:

- a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
- b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
- c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
- d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

4. Monitorowanie programu

- 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

| | | |
|--|--|---|
| <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub</p> <p>b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);</p> <p>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;</p> <p>9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p> <p>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolicizumabem</p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;2) wiek powyżej 45. roku życia;3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); | <p>opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>4. Wstrzymanie podawania leku</p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciśnienie śródgłowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);2) rozerwanie siatkówki;3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi $\geq 50\%$ całkowitej powierzchni zmiany;4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgłokowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku afliberceptu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu i brolicizumabu – od pierwszego roku leczenia). <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> | <p>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> |
|--|--|---|

- 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
- 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;
- 6) brak dominującego zaniku geograficznego;
- 7) brak dominującego wylewu krwi;
- 8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

3.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenia neowaskularnej (wsiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wsiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

- a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84
Małe zabiegi witreoretinalne

lub

- b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

5. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wsiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem

W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:

- a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,
- b) łącznie – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Za brak skuteczności terapii należy uznać:

- 1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu;
lub
- 2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie

| | | |
|--|--|--|
| <p>3.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3.4. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na brolicizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;4) okres ciąży lub karmienia piersią;5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;7) progresja choroby definiowana jako:<ol style="list-style-type: none">a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiącelubb) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji brolicizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne). | <p>doszło do nieodwracalnych zmian w płamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.</p> <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p> | |
|--|--|--|

B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)

1. Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki afliberceptem, bewacyzumabem, deksametazonem w postaci implantu oraz ranibizumabem

Kwalifikacja do programu lekowego przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy pacjent uprzednio nie był leczony z powodu cukrzycowego obrzęku plamki.

Leczenie pierwszorazowych pacjentów lub pacjentów leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu.

Pacjenci leczeni uprzednio komercyjnie lub w ramach JGP B84, lub pacjenci leczeni w programie lekowym wymagający zmiany leku mogą być włączeni do programu, lub może być dokonana zmiana leku przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki (powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) na wniosek lekarza prowadzącego, po wprowadzeniu niezbędnych danych w SMPT i udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anti-VEGF w poprzednim etapie leczenia.

Potwierdzeniem wykonania 5 iniekcji leku anti-VEGF będzie zaświadczenie od lekarza prowadzącego wyszczególniające czas wykonania poszczególnych iniekcji w przypadku pacjentów pierwszorazowych, które wraz z pozostałą dokumentacją medyczną należy złożyć w systemie SMPT do decyzji Zespołu Koordynacyjnego.

W przypadku kontynuacji leczenia należy udokumentować ostatnie dwa lata leczenia w postaci zaświadczenia.

W przypadku braku stosownych zaświadczeń leczenie należy kontynuować w programie traktując pacjenta jako pierwszorazowego lub w kontynuacji leczenia bewacyzumabem.

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

1.1. Kryteria kwalifikacji

1. Dawkowanie leków

1.1. Dawkowanie bewacyzumabu

- 1) Zalecana dawka bewacyzumabu wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;
- 2) Leczenie bewacyzumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez pięć kolejnych miesięcy, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu); w przypadku wcześniejszego leczenia pacjenta bewacyzumabem poza programem lekowym – schemat leczenia należy dostosować do etapu leczenia, na którym znajduje się pacjent;
- 3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3 po pierwszych 12 miesiącach leczenia bewacyzumabem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;

1. Badania przy kwalifikacji

- 1) Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
- 2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
- 3) Fotografia dna oka;
- 4) Angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa) - w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania wraz z uzasadnieniem należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i w rejestrze SMPT do wglądu Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;
- 5) W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu;
- 6) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych z wynikiem badania HbA_{1c} i oceną wyrównania ciśnienia

| | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME - postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);2) Wiek powyżej 18 roku życia;3) Najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);4) Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;5) Stężenie HbA1c \leq 9% w przypadku kontynuacji leczenia afliberceptem/ranibizumabem lub deksametazonem;6) Leczenie bawacyzumabem należy rozpocząć bez względu na poziom HbA1c, jeżeli po 5 dawkach bawacyzumabu poziom HbA1c $>$9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c \leq 9% kiedy można zmienić lek po decyzji Zespołu Koordynacyjnego w przypadku nieskuteczności leczenia;7) Brak dominującej błony przedsiatkówkowej;8) Brak aktywnych włókno-naczyniowych trąkacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;9) Brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;10) Brak krwotoku do ciała szklanego wymagającego leczenia operacyjnego;11) Brak neowaskularyzacji tęczówki;12) Brak jaskry neowaskularnej;13) Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;14) Brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;15) Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak:<ol style="list-style-type: none">a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki), | <ol style="list-style-type: none">4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);5) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia bewacyzumabem. <p>1.2. Dawkowanie afliberceptu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;2) Leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc w pięciu kolejnych dawkach, a następnie podaje się jedno wstrzyknięcie co dwa miesiące;3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3. po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem w kontynuacji odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia pacjenta w programie lekowym, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane | <p>tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) Badania przeprowadzane przed każdym podaniem (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni):<ol style="list-style-type: none">a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,b) OCT (optyczna koherentna tomografia),c) opcjonalnie - fotografia dna oka,d) opcjonalnie dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia - angiografia fluoresceinowa lub angi-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa);2) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych co 6 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>b) DRIL w obszarze poddołkowym, c) makulopatia niedokrwienna.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach JGP B84 lub w programie leczenia cukrzycowego obrzęku płamki, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja) lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 1.4, gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku płamki iniekcjami doszklistkowymi bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu lub deksametazonu w postaci implantu:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</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>1.3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w ust. 1.4 i 1.5.</p> <p>Po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych odbywa się ocena skuteczności odpowiedzi na terapię.</p> | <p>nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);</p> <p>5) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent;</p> <p>6) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia afliberceptem.</p> <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p> <p>1.3. Dawkowanie ranibizumabu</p> <p>1) Zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;</p> <p>2) Leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności</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>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Lekarz prowadzący zgłasza w rejestrze SMPT pacjenta do oceny skuteczności przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki lub wyłącza pacjenta z programu.</p> <p>W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu.</p> <p>Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki podejmuje decyzję w rejestrze SMPT o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, kontynuacji ze zmianą leku w programie lub wyłączeniu pacjenta z programu.</p> <p>Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none">a) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS),b) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości $\leq 300 \mu\text{m}$. <p>Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.</p> <p>Po 11 zastrzykach Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym.</p> <p>Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki zgłasza lekarz prowadzący.</p> | <p>choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;</p> <ul style="list-style-type: none">3) Następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;4) Odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;5) W przypadku, gdy odstępy między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);6) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami dożłokowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p> | |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu.</p> <p>Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>1.4. Kryteria przerwania terapii</p> <ol style="list-style-type: none">1) Czynne zakażenie oka lub jego okolic;2) Zapalenie wnętrza gałki ocznej;3) Okres ciąży i karmienia piersią;4) Przedarciowe odwarstwienie siatkówki;5) Wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;6) Wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):<ol style="list-style-type: none">a) dominująca błona przedsiatkówkowa,b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trąkacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,d) krwotok do ciała szklстого wymagający operacji,e) neowaskularyzacja tęczówki,f) jaskra neowaskularna,g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie. <p>W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt 1-6 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>1.4. Dawkowanie deksametazonu w postaci implantu Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>2. Wstrzymanie podawania leku Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);2) rozerwanie siatkówki;3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);4) brak aktywności choroby. <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Zmiana leku podczas leczenia Zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki.</p> | |
|--|--|--|

1.5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Nadwrażliwość na bewacyzumab, aflibercept, ranibizumab lub deksametazon, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) Brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne);
- 3) Wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 4) Progresja choroby definiowana, jako:
 - a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu $< 0,2$ określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub
 - b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu lub
 - c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub
 - d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub
 - e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej.

Załącznik B.71.

LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10 B 18.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek \geq 18 r. ż.; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 4) obecność przeciwciał anti-HCV; 5) stwierdzenie włóknienia wątroby określonego z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określonego z wykorzystaniem biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające; 6) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: <ol style="list-style-type: none"> a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem albo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sofosbuvir+ledi pas wir i sofosbuvir +wel patas wir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. 2. Grazoprewir+elbas wir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 3. Glekaprewir+pi brentas wir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 4. Sofosbuvir+wel patas wir+woksylepre wir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anti-HIV; 9) oznaczenie antygeny HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej); 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. 2. Monitorowanie leczenia |

| | | |
|--|--|---|
| <p>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem albo c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo d) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A;</p> <p>7) W przypadku niemożności oznaczenia genotypu z powodu niskiej wirerii należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).</p> <p>2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anti-HCV;</p> <p>3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem;</p> <p>4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżyć aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);</p> <p>5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;</p> <p>6) ciąża lub karmienie piersią;</p> | | <p>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:</p> <p>a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:</p> <p>a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT;</p> <p>3) w 4 tygodniu:</p> <p>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;</p> <p>4) na zakończenie leczenia:</p> <p>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową;</p> <p>5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24, 28 lub 36 tygodniu terapii):</p> <p>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG jamy brzusznej.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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>7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:</p> <p>a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (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>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 w trakcie leczenia;</p> <p>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none">– w opinii lekarza prowadzącego terapię <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych. | | <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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek: 18 i więcej lat; 2) nietrzymanie moczu z parć nagłych; 3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: <ol style="list-style-type: none"> a) pogorszenie się czynności nerek lub b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłych, lub c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub | <p>1. Dawkowanie:</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>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne: <ol style="list-style-type: none"> a) badanie brzucha, b) badanie przez pochwę lub per rectum, c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedstonka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych); 2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia mocznika; 5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć nagłych z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów); 6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan); 7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej. <p>2. Monitorowanie leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) celem wizyt kontrolnych jest: <ol style="list-style-type: none"> a) ocena skuteczności, |

| | | |
|--|--|---|
| <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">a) zaburzenia rytmu serca,b) zaburzenia pamięci,c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; <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">a) neuropatii obwodowych,b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); <p>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <ol style="list-style-type: none">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; | | <ol style="list-style-type: none">b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; <p>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none">a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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. |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <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>3. Kryteria wyłączenia z programu:</p> <p>1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o $\geq 50\%$ w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od 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>1. Kryteria kwalifikacji</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>1. Badania przy kwalifikacji</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 żylniej.</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 ≥ 25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm⁻⁵ (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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu</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>2. Monitorowanie leczenia</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 <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 > 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">a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,b) test 6-minutowego marszu,c) oznaczenie NT-pro-BNP. <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">– na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,– dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych, |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia,3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.75.

LECZENIE CHORYCH NA 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek 18 lat i więcej; rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA); ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia; wysoka aktywność choroby (2.1.); nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.). <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 i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po</p> | <p>Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; badanie ogólne moczu; dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); morfologia krwi z rozmazem; OB; aminotransferaza alaninowa (AlAT); aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); białko C-reaktywne (CRP); kreatynina; eGFR; przeciwciała anty-HCV; przeciwciała anty-HBc; obecność antygenu HBs; przeciwciała anty-HIV; przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); stężenie immunoglobulin: |

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

a) IgG,

b) IgM,

c) IgA;

17) EKG;

18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);

19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem

2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:

1) badanie ogólne moczu;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);

4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);

5) eGFR;

6) kreatynina.

2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:

1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;

2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);

3) OB;

4) białko C-reaktywne (CRP);

5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochnonnych (c-ANCA i p-ANCA);

| | | |
|--|--|--|
| <p>BVAS/WG ≥ 3 w trakcie 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>2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:</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/m² 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 > 60 lat</p> <p>lub</p> <p>c) polekowej cytopenii.</p> <p>2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:</p> <p>1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę</p> <p>lub</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>3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem</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>11) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>12) obecność antygeny HBs;</p> <p>13) stężenie immunoglobulin:</p> <p>a) IgG,</p> <p>b) IgM,</p> <p>c) IgA;</p> <p>14) EKG;</p> |
|--|--|--|

2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień

lub

3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę

lub

4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę

- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon $\leq 7,5$ mg/dobę)

lub

5) rutyksymab w leczeniu podtrzymującym należy podawać w dwóch wlewach dożylnych po 500 mg w odstępie dwóch tygodni, po których podaje się wlew dożylny 500 mg co 6 miesięcy. Pacjenci powinni otrzymywać rytuksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnięciu remisji (brak klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych). W przypadku pacjentów mogących podlegać większemu ryzyku nawrotu, lekarze powinni rozważyć dłuższy, trwający do 5 lat, czas leczenia podtrzymującego rytuksymabem.

2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:

- 1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;
- 2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;
- 3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;
- 4) czynne zakażenia;
- 5) ciąża.

2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:

- 1) uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i

15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).

4. Monitorowanie programu

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

niewymagających innej modyfikacji leczenia, stwierdzone podczas wizyty monitorującej skuteczność rytuksymabu po 6 miesiącu terapii.

3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów

Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia.

W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu;
- 2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża;
- 4) okres karmienia piersią;
- 5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu;
- 6) infekcja wirusem HIV;
- 7) aktywna gruźlica;
- 8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C;
- 9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy;

| | | |
|---|--|--|
| <p>10) znaczne obniżenie odporności, m.in.</p> <ul style="list-style-type: none">a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl), lubb) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl); <p>11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat):</p> <ul style="list-style-type: none">a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi lubb) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby; <p>12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca;</p> <p>13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA.</p> <p>5. Kryteria zakończenia leczenia w programie</p> <p>Uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu.</p> <p>6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie</p> <p>Pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie, a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), jest włączany do programu bez wstępnej kwalifikacji.</p> | | |
|---|--|--|

Załącznik B.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozydemii typu 1 (HT-1).</p> <p>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.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby; | <p>1. Dawkowanie nityzynonu Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; |

| | | |
|--|--|--|
| <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>2. Monitorowanie leczenia</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">1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;4) morfologia krwi, z płytkami krwi;5) AlAT, AspAT;6) bilirubina całkowita i frakcje;7) fosfataza alkaliczna;8) GGTP;9) INR;10) czas protrombinowy;11) APPT;12) białko całkowite, albuminy we krwi;13) gazometria;14) sód, potas, chlorki we krwi;15) wapń, fosfor we krwi i moczu;16) mocznik, kreatynina we krwi;17) kwas moczowy we krwi i moczu;18) kreatynina w moczu;19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;21) konsultacja dietetyczna. |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI CD30+ (C 81; C 84.5)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1.1. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający kryterium 1) albo 2) :</p> <p>1) nawrotowy lub oporny na leczenie HL:</p> <p>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. <i>autologous stem cell transplantation</i>, ASCT) lub</p> <p>b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia</p> <p>albo</p> <p>2) chory po ASCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby definiowanym jako występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> – oporność na pierwszą linię leczenia – nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia – zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed ASCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30 a 45 dniem po ASCT) | <p>Zalecana dawka u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p>Zalecana dawka u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Modyfikacja dawki zgodnie z zapisami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 4) stężenie kreatyniny; 5) stężenie glukozy; 6) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. <p>2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny; 4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT); 5) stężenie glukozy. <p>3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none">3) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;4) nieobecność przeciwskażeń do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej (dla pkt 1.1.1.1. a i b) <p>1.1.2. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL) spełniający poniższe kryteria łącznie:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL;2) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;3) nieobecność przeciwskażeń do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej. <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p>U chorych kwalifikowanych do programu wg kryterium 1.1.1.1. b. i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin wykonanie ASCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;2) toksyczność według WHO powyżej 3;3) progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; | | <p>TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu</p> <p>4. Kryteria odpowiedzi na leczenie</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie:</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;2) badanie obrazowe – TK lub PET/TK. <p>4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie <i>Bruce D. Cheson et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68.</i>):</p> <ol style="list-style-type: none">1) całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET;2) częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o $\geq 50\%$ w badaniu obrazowym;3) stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o $< 50\%$;4) progresja choroby: wzrost wymiarów zmian $\geq 50\%$ lub wystąpienie nowych zmian. <p>5. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>4) brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia dla pkt 1.1.1.1. a i b oraz 1.1. 2. (nawrotowy lub oporny na leczenie chłoniak Hodgkina oraz sALCL);</p> <p>5) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;</p> <p>6) podanie szesnastu cykli leczenia w ciągu około roku;</p> <p>7) ciąża.</p> | | |
|--|--|--|

Załącznik B.79.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji:</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny; 4) parametry: <ol style="list-style-type: none"> a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub b) liczba punktów wg skali CIRS > 6; 5) stan sprawności według WHO: 1; 6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL)); 7) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych. <p>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</p> | <p>Dawkowanie obinutuzumabu:</p> <p>1) Cykl 1. Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p>2) Cykl 2 - 6 Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.</p> <p>Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1 Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie na obecność antygenu CD20; 2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita); 4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta; 5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS. <p>1.2 Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;</p> <p>1.3 Test ciążowy</p> <p>2. Monitorowanie leczenia:</p> <p>Przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie kwasu moczowego; 4) aktywność AST, ALT; 5) stężenie bilirubiny całkowitej. |

| | | |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia. Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie;2) progresja choroby w trakcie leczenia;3) obecność objawów ciężkiego zakażenia;4) ciąża;5) rezygnacja pacjenta; | | <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w Zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wg Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), lub Grupy Leczenia Białaczek u Osób Dorosłych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT PALG).</p> <p>3. Monitorowanie programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|---|

Załącznik B.81.

LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10: D47.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>W programie lekowym finansuje się leczenie mielofibrozy pierwotnej lub mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej lub nadpłytkowości samoistnej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ruksolitynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej; 2) fedratynib – dla chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni ruksolitynibem. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) albo b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) <p>- zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2016 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ruksolitynibu; 2) fedratynibu <p>odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) odpowiedniego leku.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: <ol style="list-style-type: none"> a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: <ul style="list-style-type: none"> – poty nocne (≥ 4 pkt), – utrata masy ciała ($>10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt), – gorączka o nieznannej etiologii ($>37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 4 pkt), – bóle kostne (≥ 4 pkt), – świąd (≥ 4 pkt), – zmęczenie (≥ 4 pkt); 2) morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo; 3) aktywność transaminaz wątrobowych (AST, ALT); 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny w surowicy; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku);</p> <p>2) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>3) stan sprawności:</p> <p>a) 0-2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)</p> <p>lub</p> <p>b) 1-2 wg WHO</p> <p>- w momencie włączenia do programu;</p> <p>4) pacjenci z grupy ryzyka:</p> <p>a) pośredniego – 2</p> <p>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>5) splenomegalia (powiększenie śledziony ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym;</p> <p>6) liczba płytek krwi > 50 tysięcy/μl;</p> <p>7) wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:</p> <p>a) poty nocne (≥ 4 pkt),</p> <p>b) utrata masy ciała ($> 10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt),</p> <p>c) gorączka o nieznannej etiologii ($> 37,5^\circ\text{C}$) (≥ 4 pkt),</p> <p>d) bóle kostne (≥ 4 pkt),</p> <p>e) świąd (≥ 4 pkt),</p> | | <p>6) stężenie amylazy i lipazy – w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem;</p> <p>7) stężenie tiaminy – w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem;</p> <p>8) trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej);</p> <p>9) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <p>a) oceny wielkości śledziony,</p> <p>b) masy ciała,</p> <p>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:</p> <ul style="list-style-type: none">- poty nocne (≥ 4 pkt),- utrata masy ciała ($> 10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt),- gorączka o nieznannej etiologii ($> 37,5^\circ\text{C}$) (≥ 4 pkt),- bóle kostne (≥ 4 pkt),- świąd (≥ 4 pkt),- zmęczenie (≥ 4 pkt); <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) aktywność transaminaz wątrobowych (AST, ALT);</p> <p>4) stężenie bilirubiny;</p> <p>5) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>f) zmęczenie (≥ 4 pkt);</p> <p>8) brak wcześniejszej splenektomii;</p> <p>9) brak współistniejących ciężkich chorób systemowych w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby – upośledzających istotnie stan ogólny pacjenta oraz ciężkich zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych;</p> <p>10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) w przypadku kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem:</p> <ul style="list-style-type: none">– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy,– stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy; <p>b) w przypadku kwalifikacji do leczenia fedratynibem:</p> <ul style="list-style-type: none">– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</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, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> | | <p>6) stężenie amylazy i lipazy – w przypadku leczenia fedratynibem;</p> <p>7) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony;</p> <p>8) stężenie tiaminy – w przypadku leczenia fedratynibem (do decyzji lekarza zarówno częstotliwość jak i konieczność wykonania badania).</p> <p>Częstość wykonywania badań:</p> <p>1) morfologia krwi i parametry biochemiczne:</p> <p>a) w przypadku leczenia ruksolitynibem:</p> <ul style="list-style-type: none">– co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL,– co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby, <p>b) w przypadku leczenia fedratynibem:</p> <ul style="list-style-type: none">– co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, a następnie w zależności od wskazań klinicznych; <p>2) wszystkie badania kontrolne:</p> <ul style="list-style-type: none">– po 3 miesiącach leczenia (za wyjątkiem USG jamy brzusznej), następnie– po 6 miesiącach leczenia, a następnie– nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia. <p>3. Monitorowanie programu</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na substancję czynną leku lub którąkolwiek substancję pomocniczą;2) ciąża lub karmienie piersią. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża;2) brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako:<ol style="list-style-type: none">a) w przypadku zastosowania ruksolitynibu lub fedratynibu u chorych, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej:<ul style="list-style-type: none">– brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenialub– brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia | | <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– 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">i. 3 miesiącach leczenia lubii. 6 miesiącach leczenia, lubiii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, <p>b) w przypadku zastosowania fedratynibu po wcześniejszym leczeniu ruksolitynibem:</p> <ul style="list-style-type: none">– brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji do leczenia fedratynibem śledziony, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– 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">i. 3 miesiącach leczenia, lubii. 6 miesiącach leczenia, lubiii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia; <p>3) nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>4) transformacja w ostrą białaczkę;</p> <p>5) utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia.</p> | | |
|---|--|--|

Załącznik B.82.

LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNA 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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>1.2. Do programu kwalifikuje się pacjentów:</p> <p>1.2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS</p> <p>oraz</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) Certolizumab pegol, etanercept, iksekizumab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>2) U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol lub iksekizumabu lub sekukinumabu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) oznaczenie antygeny HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) morfologia krwi;</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 antygeny HBs;</p> <p>12) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>13) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> |

z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:

- 1) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce;
- 2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:
 - a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej;
 - b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej;przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów;
- 3) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów

lub

1.2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego.

1.3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:

1.3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa:

15) EKG z opisem;

16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;

17) MR stawów krzyżowo-biodrowych.

2. Monitorowanie leczenia

1) Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

- a) morfologię krwi;
- b) odczyn Biernackiego (OB);
- c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);
- d) stężenie kreatyniny w surowicy;

e) AspAT i AlAT

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za

| | | |
|--|--|--|
| <p>1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS $\geq 2,1$ w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm:</p> <p>a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi;</p> <p>b) w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none">– obraz kliniczny choroby,– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,– wyniki badań obrazowych,– status aktywności zawodowej,– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; <p>c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;</p> <p>1.3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych:</p> <p>1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągów podszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</p> | | <p>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>oraz</p> <p>2) 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>3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>5) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none">a) obraz kliniczny choroby,b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy,d) wyniki badań obrazowych,e) status aktywności zawodowej,f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia. <p>1.4. W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia</p> | | |
|---|--|--|

biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

1.5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

3.1. W przypadku postaci osiowej:

- a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości przed leczenia,
- b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

3.2. W przypadku postaci obwodowej:

- a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości przed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniętych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości przed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów

ścięgniętych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza.

4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

4.1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

- a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub
- b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub
- c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.

4.2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia SpA nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz więcej niż dwóch inhibitorów IL-17 (iksekizumab, sekukinumab) w przypadku postaci osiowej oraz nie więcej niż jednego inhibitora TNF alfa (certolizumab pegol) oraz nie więcej niż dwóch inhibitorów IL-17 (iksekizumab, sekukinumab) w przypadku postaci obwodowej.

4.3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.

4.4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

5. Kryteria wyłączenia z programu

5.1. Brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C.

5.2. Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących.

5.3. Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

6. Czas leczenia w programie

6.1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.

6.2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

6.3. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

7. Kryteria ponownego włączenia do programu

7.1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.

7.2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.

7.3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po

| | | |
|--|--|--|
| odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. | | |
|--|--|--|

Załącznik B.84.

LENALIDOMID W LECZENIU PACJENTÓW Z ANEMIĄ ZALEŻNĄ OD PRZETOCZEŃ W PRZEBIEGU ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH O NISKIM LUB POŚREDNIM-1 RYZYKU, ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ CYTOGENETYCZNĄ W POSTACI IZOLOWANEJ DELECJI 5q (D46)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z anemią zależną od przetoczeń (brak 8 kolejnych tygodni bez transfuzji w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, leczeni lenalidomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.</p> | <p>1. Dawkowanie: Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>UWAGA: Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 210 mg.</p> | <p>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny <p>Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zaleca się wykonanie badania morfologii krwi dwa tygodnie po rozpoczęciu terapii. Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne.</p> <p>3. Monitorowanie programu:</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</p> <ol style="list-style-type: none">1) bezwzględna liczba neutrofilii $<0,5 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<25 \times 10^9/l$;2) ciąża;3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. <p>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) brak co najmniej minimalnej odpowiedzi ze strony komórek erytroidalnych po 4 cyklach leczenia, tj. zmniejszenia o co najmniej 50% zapotrzebowania na transfuzje w odniesieniu do ilości przetoczeń wykonanych w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu;2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcż lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcż;3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;4) progresja choroby podstawowej (MDS);5) ciąża. | | <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|--|

Załącznik B.85.

LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do programu</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"> 1) rozpoznanie przerzutowego gruczolaka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych); 2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej; 3) wiek 18 lat lub powyżej; 4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby); 5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX; 6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia; 7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych, b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) TK brzucha i miednicy; 2) RTG lub TK klatki piersiowej; 3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów; 4) morfologia krwi; 5) poziom AspAT i AlAT; 6) stężenie bilirubiny; 7) stężenie kreatyniny; 8) EKG. <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>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi; |

| | | |
|--|--|--|
| <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>2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu</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">1) liczba neutrofilii mniejsza niż 1500 w mm³ lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm³;2) ciąża;3) laktacja. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</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>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu | | <ol style="list-style-type: none">b) poziom AspAT i AlAT;c) stężenie bilirubiny;d) stężenie kreatyniny; <p>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;</p> <ol style="list-style-type: none">2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<ol style="list-style-type: none">a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej;b) RTG lub TK klatki piersiowej;c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych;d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT.3) EKG w zależności od wskazań klinicznych. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>paklitaksłu 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> | | |
|---|--|--|

Załącznik B.86.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <p>Wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: <ul style="list-style-type: none"> – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skóro-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome); | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania obowiązkowe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, |

| | | |
|---|--|--|
| <p>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none">- TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,- FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; <p>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:</p> <ul style="list-style-type: none">- zespół Schnitzler; <p>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Zakończenie leczenia w programie</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">a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego; | | <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>2. Monitorowanie leczenia</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>2.1. Badania obowiązkowe</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">a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),b) morfologia krwi pełna z rozmazem,c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <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>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</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>3. Monitorowanie programu</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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i> | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; <ol style="list-style-type: none"> a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; |

| | | |
|---|--|---|
| <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie | | <ol style="list-style-type: none"> 2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| <i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu</i> | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc; |

| | | |
|--|--|--|
| <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 \geq 50% wartości należnej;</p> <p>e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%;</p> <p>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none">nadwrażliwość na lek,cięża,karmienie piersią,inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;3) cięża lub karmienie piersią;4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów | | <ol style="list-style-type: none">3) badanie spirometryczne;4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO}5) morfologia krwi;6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;7) 12-odprowadzeniowe EKG. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy;4) morfologia krwi co 6 miesięcy,5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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; |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <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 CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (ICD-10 C44)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji:</p> <p>1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: <ol style="list-style-type: none"> a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub c) inne przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny); | <p>Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) test ciążyowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii;</p> <p>3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnkomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnkomórkowego,</p> <p>1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG;</p> <p>1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo niezyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym;</p> <p>1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>1) wyniki badań czynności wątroby:</p> <p>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN;</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN;</p> <p>2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL;</p> <p>3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl;</p> <p>4) liczba granulocytów co najmniej 1000/μl;</p> <p>5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/μl;</p> <p>1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>1.6. Wiek \geq18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:</p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> | | <p>nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;</p> <p>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:</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 aktywności fosfatazy zasadowej;</p> <p>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</p> <p>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.</p> <p>W przypadku kobiet w wieku rozrodczym przepisanie wismodegibu powinno być ograniczone do 28 dni terapii, kontynuacja leczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu ujemnego wyniku testu ciążowego z próbki krwi.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>2) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;</p> <p>4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie: Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu;4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia. | | <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia:</p> <p>3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawonokomórkowym skóry:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 8 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;2) badania KT lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST – nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>3.2. U pacjentów z objawowym rakiem podstawnocomórkowym skóry z przerzutami:</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru - nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1;2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|--|--|---|

Załącznik B.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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>Kryteria większe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. angiofibroma twarzy (≥ 3) lub płaskie włókniaki głowy; 2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥ 2); 3. znamiona bezbarwne (≥ 3, o średnicy co najmniej 5 mm); 4. ogniska skóry szagrynowej; 5. mnogie hamartoma siatkówki; 6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines); 7. guzki podwyściółkowe mózgu; 8. gwiazdzia podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy | <p>1. Dawkowanie</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/m² 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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego. 2) Badanie morfologii krwi z rozmazem. 3) Badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) aktywność transaminaz wątrobowych, b) stężenie bilirubiny, c) stężenie kreatyniny, d) stężenie glukozy, e) stężenie lipidów na czczo. 4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV. 5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy. 6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>(SEGA);</p> <p>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);</p> <p>10. lymphangiomiomatoza (LAM - lymphangiomiomatosis);</p> <p>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.</p> <p>Kryteria mniejsze:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti” ; 6. mnogie torbiele nerek. <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>Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych</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"> a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: <ul style="list-style-type: none"> — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. <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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</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 $>2.5x$ górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu $>1.5x$ górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy $>1.5x$ górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi $<80\ 000/\text{mm}^3$, całkowita liczba neutrofilów $<1\ 000/\text{mm}^3$).</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 >300 mg/dl i stężenie triglicerydów</p> | <p>oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | <p>typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia.</p> <p>3. Monitorowanie programu:</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 >2.5 x górna granica normy.</p> <p>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako $HbA1c > 8g/dl$.</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 (oceniana 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)

| 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 Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów w (<i>United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria</i>); 2) czas trwania choroby powyżej 5 lat; 3) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera; 4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu; 5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków; 6) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę. <p>1.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym | <p>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</p> <p>1.1. Sposób podania</p> <p>Za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przeskórną gastrostomię (PEG).</p> <p>1.2. Dawkowanie</p> <p>Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W okresie dostosowania dawki, lewodopa z karbidopą są podawane w postaci ciągłego wlewu dojelitowego przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, w zmiennej dawce, zależnej od potrzeby klinicznej. W tym czasie określa się reaktywność choroby na tę formę terapii i ustala właściwą dawkę.</p> <p>Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym.</p> <p>Dawka dobową leku zawarta jest z reguły w</p> | <p>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami); 2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka); 3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG. <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy; 2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy; 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy; 4) badanie neuropsychologiczne, tj: <ol style="list-style-type: none"> a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.; |

| | | |
|--|---|---|
| <p>samym skuteczną kontynuację terapii;</p> <p>2) przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p>1.3. Czas leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>1.4. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny oraz ustala się wstępną dawkę leku. Pożądany efekt kliniczny zdefiniowano jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;</p> <p>2) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</p> <p>4) utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.</p> <p>2. Leczenie apomorfiną</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek >18. r.ż.;</p> <p>2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według powszechnie przyjętych kryteriów (<i>United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria</i>);</p> <p>3) czas trwania choroby powyżej 5 lat;</p> <p>4) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia</p> | <p>jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.</p> <p>2. Leczenie apomorfiną</p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1) Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 16 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;</p> <p>2) Maksymalna dobową dawkę apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.</p> <p>W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.</p> <p>Niezbędne jest ustalone podawanie pacjentowi domperidonu w dawce zazwyczaj 20 mg trzy razy na dobę. Terapię domperidonem należy rozpocząć dzień przed rozpoczęciem terapii apomorfiną oraz kontynuować tak, aby łączny okres przyjmowania domperidonu trwał od 3 do maksymalnie 7 dni.</p> | <p>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;</p> <p>5) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;</p> <p>6) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie w wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.</p> <p>2. Leczenie apomorfiną</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);</p> <p>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);</p> <p>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);</p> <p>4) ocena stanu pacjenta w skali:</p> <p>a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;</p> <p>b) Becka - ocena nastroju;</p> <p>5) ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>7) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>8) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;</p> <p>9) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>10) badanie EKG.</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia apomorfiną</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;</p> |
|--|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z:</p> <ul style="list-style-type: none">a) istotnych klinicznie zaburzeń psychiatrycznych stwierdzonych w wywiadzie;b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej;c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca; <p>6) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii.</p> <p>2.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu;2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy;3) atypowy parkinsonizm;4) nasilone otępienie;5) depresja oddechowa;6) klinicznie istotne zaburzenia psychiatryczne;7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna;8) niestabilne, klinicznie istotne choroby:<ul style="list-style-type: none">a) sercowo-naczyniowe;b) wątroby;c) nerek;d) hematologiczne;9) ciąża i karmienie piersią. <p>2.3. Czas leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>2.4. Kryteria wyłączenia</p> <ul style="list-style-type: none">1) ciężka depresja; | <ul style="list-style-type: none">2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy;4) badanie neuropsychologiczne, tj:<ul style="list-style-type: none">a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;5) po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny wykonanie następujących badań:<ul style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem;b) badanie ogólne moczu;c) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;e) poziom bilirubiny;f) badanie EKG;6) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;7) po ustaleniu sposobu dawkowania co 12 miesięcy wykonuje się badania:<ul style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem;b) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);c) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;d) badanie EKG;8) konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstotnością 1/rok – decyzję o zasadności ich |
|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>2) brak współpracy pacjenta lub opiekuna;</p> <p>3) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów:</p> <p>a) poprawy w stanie <i>on</i> w stosunku do stanu <i>off</i>, wyrażającej się obniżeniem wyniku III części skali UPDRS o co najmniej 20% po ustaleniu dawki optymalnej;</p> <p>b) redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami;</p> <p>4) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;</p> <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze;</p> <p>6) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie.</p> | | <p>przeprowadzania podejmuje lekarz prowadzący w oparciu o stan kliniczny chorego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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, 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.92.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ IBRUTYNIBEM (ICD 10: C91.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| Część I. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy z delecją 17p lub mutacją TP53) | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie <i>TP53</i>; 2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Kryteria wykluczające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K; 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh; 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA; 4) aktywne ciężkie zakażenie; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.</p> <p>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przed włączeniem leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie <i>TP53</i>; 3) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego); 4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy; 5) EKG. <p>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) badania przeprowadzane co 3 miesiące: <ul style="list-style-type: none"> – badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej), – badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia |

| | | |
|--|--|--|
| <p>5) ciąża;</p> <p>6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.</p> <p>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | | <p>(iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą.</p> <p>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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) Uzupelnienie 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> |
| <p>Część II. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy bez delecji 17p lub mutacji TP53)</p> | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria (1-3):</p> <p>1) brak delecji 17 p i/lub mutacji w genie TP53;</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.</p> | <p>1. Badania przed włączeniem leczenia</p> <p>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;</p> <p>2) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego);</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>2) stan sprawności według WHO 0 – 2;</p> <p>3) wiek powyżej 18 r.ż.;</p> <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem antyCD20</p> <p>b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem zgodne z ChPL lub jedno z poniższych przeciwwskazań:</p> <ul style="list-style-type: none">– jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu,– jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny,– aktywne, ciężkie zakażenia,– stan silnie obniżonej odporności,– nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów,– aktywne zapalenie wątroby typu B. <p>u chorych z wczesnym nawrotem PBL po pierwszej linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) albo u chorych z opornością na immunochemioterapię (definiowaną jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia)</p> <p>c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20.</p> <p>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni ibrutynibem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii</p> | <p>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>3) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy;</p> <p>4) EKG.</p> <p>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</p> <p>1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:</p> <ul style="list-style-type: none">– morfologia krwi ze wzorem odsetkowym <p>2) badania przeprowadzane co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none">– badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej),– badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą. <p>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1a lub 1b lub 1c oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt. 3.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Kryteria wykluczające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K;2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh;3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA;4) aktywne ciężkie zakażenie;5) ciąża;6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem. <p>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; | | <p>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> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | | |
|--|--|--|

Załącznik B.93.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ROZLANE Z DUŻYCH KOMÓREK B ORAZ INNE CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C83, C85)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak niezarniczny z limfocytów B (ICD-10: C83, C85); 2) wiek \geq 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-2; 4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia); 5) LVEF \geq 45% - ocena metodą ECHO; niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 1.4. (poniżej).</p> | <p>1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem</p> <p>1.1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m² pow. ciała 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>1.2. Modyfikacja dawki</p> <p>Dawkowanie piksantronu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leku lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, zgodnie z</p> | <p>1. Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10: C83, C85) piksantronem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej, AspAT, ALAT; 3) stężenie kreatyniny; 4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji; 5) EKG; 6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO. <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania wykonywane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed każdym podaniem leku: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny; 2) co drugi cykl leczenia: |

| | | |
|---|--|--|
| <p>1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;2) bezwzględna liczba neutrofilów $<1,0 \times 10^9/l$ lub liczba płytek krwi $<75 \times 10^9/l$; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka;3) ciąża lub karmienie piersią;4) całkowity poziom bilirubiny $\geq 1,5 \times \text{GGN}$, kreatyniny $\geq 1,5 \times \text{GGN}$, AspAT oraz ALAT $\geq 2 \times \text{GGN}$ (w przypadku zajęcia wątroby $\geq 5 \times \text{GGN}$). <p>1.4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby;2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;3) stan sprawności według WHO 3-4;4) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF $\geq 15\%$ w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;5) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;6) ciąża. | <p>zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | <p>– ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu);</p> <p>3) w razie podejrzenia progresji choroby:</p> <p>– odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oporny lub nawrotowy potwierdzony histologicznie chłoniak DLBCL; 2) wiek \geq 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-2; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 5) stosowano co najmniej 1 linię leczenia. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</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>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli.</p> <p>2.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na polatuzumab wedotyny lub bendamustynę lub rytuksymab lub białka mysie lub którekolwiek substancje pomocnicze preparatów; 2) ciąża lub karmienie piersią; | <p>2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <p>2.1. Dawkowanie</p> <p>Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej 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> <p>W leczeniu skojarzonym z polatuzumabem wedotyny zalecana dawka bendamustyny wynosi 90 mg/m² pc./dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu, a zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p>Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.</p> <p>2.2. Modyfikacja dawki</p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu.</p> | <p>2. Leczenie chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi); 3) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 4) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 6) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym. <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>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania przeprowadzane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed każdym podaniem leku: <ul style="list-style-type: none"> - morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym, - ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, kwasu moczowego, AST, ALT i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi), |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>3) aktywna, ciężka infekcja;</p> <p>4) stężenie bilirubiny przekraczające 1,5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;</p> <p>5) neuropatia obwodowa ≥ 2 stopnia;</p> <p>6) obecność przeciwwskazań do stosowania polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> <p>2.4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na polatuzumab wedotyny lub bendamustynę lub rytuksymab lub białka mysie lub którekolwiek substancje pomocnicze preparatów;</p> <p>3) ciąża;</p> <p>4) wystąpienie ciężkiego zakażenia;</p> <p>5) rozpoznanie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii (PML);</p> <p>6) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL polatuzumabu wedotyny, bendamustyny i rytuksymabu.</p> | | <p>– elektrolity (stężenie sodu i potasu).</p> <p>2) po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:</p> <p>– odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</p> |
| <p>3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> | <p>3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem</p> <p>3.1. Dawkowanie</p> <p>Schemat dawkowania aksykabtagenu cyloleucelu oraz tisagenlecleucelu zgodnie zapisami</p> | <p>3. Leczenie chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem</p> <p>3.1. Badania</p> <p>3.1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego;</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"> 1) potwierdzony histologicznie: <ol style="list-style-type: none"> 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, albo b) pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – dotyczy leczenia wyłącznie aktykaptagenem cytoleucelu; 2) wiek \geq 18 rok życia; 3) stan sprawności według ECOG 0-1; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 4) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciała anty-CD20 i antracykliny; 6) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia autologicznych komórek krwiotwórczych (auto-HSCT); 7) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 8) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 9) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 | <p>Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów.</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>3.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy); 4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens kreatyniny); 5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem CT lub NMR lub PET-CT; 8) EKG oraz ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 9) test ciążyowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV). <p>3.1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej; 2) białka ostrej fazy (CRP, ferrytyna); 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, fibrynogen); 4) ocena funkcji nerek (jak wyżej); 5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej). |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>miesiący po infuzji aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>3.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aktykaptagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p>3.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;2) ciąża lub karmienie piersią;3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;5) aktywna hemoliza;6) aktywna koagulopatia;7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;9) zakażenie HIV;10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;11) aktywna choroba autoimmunologiczna;12) pierwotny niedobór odporności; | <p>aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p> | <p>3.1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi obwodowej;2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, D-dimer, fibrynogen);3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): CRP, ferrytyna, LDH. <p>3.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>3.2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa po podaniu CAR-T</p> <ol style="list-style-type: none">1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: CRP, ferrytyna, fibrynogen, LDH, PT, aPTT, INR oraz D-dimer (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;4) morfologia krwi obwodowej i badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, elektrolity) - co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aktykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. <p>3.2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) co 3 miesiące:<ul style="list-style-type: none">- monitorowanie z zastosowaniem CT lub NMR lub PET-CT przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T. |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak:</p> <p>a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu,</p> <p>b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucel</p> <p>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p>3.4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu</p> | | |
| <p>4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem</p> <p>4.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) oporny lub nawrotowy chłoniak z komórek płaszczka (MCL);</p> <p>2) wiek \geq 18 rok życia;</p> <p>3) stan sprawności według ECOG 0-2.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</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>4.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 4.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo</p> | <p>4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem</p> <p>4.1. Dawkowanie</p> <p>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych stosowany jest w monoterapii.</p> <p>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu to 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>4.2. Modyfikacja dawki</p> <p>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje na podstawie obserwacji klinicznych</p> | <p>4. Leczenie chorych na chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) (ICD-10: C85.7) lenalidomidem</p> <p>4.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) AspAT, AlAT;</p> <p>3) stężenie bilirubiny;</p> <p>4) stężenie kreatyniny;</p> <p>5) klirens kreatyniny;</p> <p>6) TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza.</p> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>zastosowania redukcji dawki zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>4.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;2) ciąża lub karmienie piersią;3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn). <p>4.4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia. | <p>i wyników laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Maksymalna dawka dobową lenalidomidu nie może być wyższa niż 25 mg.</p> | <p>4.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania wykonywane:</p> <ol style="list-style-type: none">1) przed każdym cyklem leczenia:<ul style="list-style-type: none">- morfologia krwi z rozmazem;- test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego;2) po 6 cyklu leczenia:<ul style="list-style-type: none">- AspAT, AlAT;- stężenie bilirubiny;- stężenie kreatyniny;- klirens kreatyniny;- TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badania obrazowego do decyzji lekarza. <p>W przypadku podejrzenia progresji choroby: TK, PET-TK lub RM wybranych lokalizacji – rodzaj badania obrazowego do decyzji lekarza.</p> |
| | | <p>5. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |

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

Załącznik B.95.

LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria włączenia</p> <p>Podczas kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym:</p> <p>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:</p> <p>a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek $<150 \times 10^9/L$ lub $\geq 25\%$ spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna</p> <p>lub</p> <p>b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową oraz</p> <p>c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> a) objawów neurologicznych <ul style="list-style-type: none"> - rezonans magnetyczny z angiografią |

| | | |
|--|--|--|
| <p>- zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy > górna granica normy dla wieku lub hemodializa, lub białkomocz/ albuminuria 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 przeszczepu nerki;</p> <p>4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań:</p> <p>a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;</p> <p>5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabu;</p> <p>6) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;</p> <p>2) Po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych;</p> | | <p>- lub tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>b) objawów ze strony układu pokarmowego: - amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej;</p> <p>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: - troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca - lub cewnikowanie serca;</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);</p> <p>2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni);</p> <p>3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni;</p> <p>4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące;</p> <p>5) U chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące.</p> <p>3. Monitorowanie w czasie czasowego przerwania leczenia</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> <p>1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) morfologia (Hb, liczba płytek).</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>a) Zespół Koordynacyjny ds. leczenia aHUS podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby;</p> <p>b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;</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 włączenia punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) brak efektu leczenia ekulizumabem (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);</p> <p>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;</p> <p>3) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;</p> <p>4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;</p> <p>5) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie;</p> <p>W razie zakończenia leczenia u pacjenta z powodu zaistnienia ww. kryteriów wyłączenia, ponowne rozpoczęcie leczenia wymaga decyzji Zespołu Koordynującego.</p> | | <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera 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.96.

LECZENIE NOCNEJ NAPADOWEJ HEMOGLOBINURII (PNH) (ICD-10 D59.5)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|---|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:</p> <p>1) objawy hemolizy związane z NNH oraz (łącznie):</p> <p>a) aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN)</p> <p>b) co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:</p> <ul style="list-style-type: none"> – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne, | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy; 11) stężenie mocznika w surowicy; 12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 13) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 14) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 15) stężenie haptoglobiny (Hp); 16) stężenie Na+; 17) stężenie K+; 18) badanie ogólne moczu; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;</p> <p>2) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">a) zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,b) zator tętnicy płucnej,c) zdarzenia mózgowo-naczyniowe,d) amputacja,e) zawał mięśnia sercowego,f) napad przemijającego niedokrwienia,g) niestabilna dławica piersiowa,h) zakrzepica żyły nerkowej,i) zakrzepica żył krezkowych,j) zakrzepica żyły wrotnej,k) zgorzel,l) ostre zamknięcia naczyń obwodowych; <p>3) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabem;</p> <p>4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <ul style="list-style-type: none">1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego | | <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>2. Monitorowanie leczenia</p> <ul style="list-style-type: none">1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:<ul style="list-style-type: none">a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,c) kreatynina,d) mocznik,e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),f) aminotransferaza alaninowa (AlAT),g) bilirubina całkowita.2) Po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<ul style="list-style-type: none">a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem.3) Po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<ul style="list-style-type: none">a) kreatynina,b) mocznik,c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),d) aminotransferaza alaninowa (AlAT),e) bilirubina całkowita.4) Badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych.</p> <p>3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą włączani do programu bez konieczności ponownej kwalifikacji.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;2) karmienie piersią;3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie. | | <ol style="list-style-type: none">a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania;b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|--|

Załącznik B.97.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|--|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</p> <p>1) wiek ≥ 18 lat;</p> <p>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</p> <p>3) niedostateczna odpowiedź na inne sposoby leczenia farmakologicznego np. kortykosteroidy, dożylnie immunoglobuliny;</p> <p>4) w przypadku kwalifikacji do leczenia:</p> <p>a) eltrombopagiem – przeciwskazania do wykonania splenektomii w ocenie lokalnego zespołu ekspertów obejmującego hematologa, chirurga i anestezjologa w ośrodku prowadzącym leczenie albo nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/μl lub objawami skazy krwotocznej;</p> <p>b) romiplostymem – nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/μl lub objawami skazy krwotocznej.</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</p> | <p>1. Dawkowanie eltrombopagu</p> <p>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę;</p> <p>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.</p> <p>2. Dawkowanie romiplostymu</p> <p>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne;</p> <p>2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 μg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</p> <p>3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) parametry czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> – AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem, – bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem; <p>3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;</p> <p>4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;</p> <p>5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</p> <p>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek ($\geq 50 000/\mu$l przez co najmniej 4 tygodnie):</p> <p>a) wykonywane co 1 tydzień:</p> <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem, |

| | | |
|--|--|---|
| <p>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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>2.1. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) nadwrażliwość na:</p> <p>a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem</p> <p>b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z <i>Escherichia coli</i> – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <p>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</p> <p>– wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>3) istotne zwiększenie się aktywności ALAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <p>a) będzie narastać</p> <p>albo</p> <p>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,</p> <p>albo</p> | <p>płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie:</p> <p>– parametry czynności wątroby (ALAT, AspAT, bilirubina całkowita),</p> <p>2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:</p> <p>a) wykonywane co 1 miesiąc:</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>– w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (ALAT, AspAT, bilirubina całkowita.);</p> <p>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi</p> <p>– 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:</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) badanie okulistyczne co 3 miesiące – dotyczy leczenia eltrombopagiem.</p> <p>3. Monitorowanie programu</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>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,</p> <p>albo</p> <p>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby</p> <p>- <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem;</u></p> <p>4) ciąża;</p> <p>5) karmienie piersią;</p> <p>6) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia. | | <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.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>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</p> <p>1) wiek 1-18 lat;</p> <p>2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP) – eltrombopag lub romiplosty mem;</p> <p>3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP.</p> <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>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>1. Dawkowanie eltrombopagu</p> <p>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, – 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; <p>2) maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg;</p> <p>3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./μl.</p> <p>2. Dawkowanie romiplosty mem</p> <p>1) romiplosty mem powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek;</p> <p>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</p> <p>3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;</p> <p>4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplosty mem</p> <p>1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi:</p> <p>a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich):</p> <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek, <p>b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem):</p> <ul style="list-style-type: none"> – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); |

| | | |
|--|---|---|
| <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) nadwrażliwość na:</p> <ul style="list-style-type: none">a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem,b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z <i>Escherichia coli</i> – dotyczy leczenia romiplostyem; <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none">– wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,– wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostyem; <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">a) będzie narastać,albob) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,alboc) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,albo | <p>2) początkowa dawka romiplostyumu wynosi 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 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 ≥ 50 tys./μl.</p> | <p>2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) wykonywane co 1 miesiąc:<ul style="list-style-type: none">– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,b) wykonywane co 3 miesiące:<ul style="list-style-type: none">– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); <p>3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:</p> <ul style="list-style-type: none">a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; <p>4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;</p> <p>5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250 \times 10^9/\text{l}$, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100 \times 10^9/\text{l}$.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;</p> <p>4) ciąża;</p> <p>5) karmienie piersią;</p> <p>6) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– romiplosty mem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia. | | <p>papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> |
|--|--|---|

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROME GALII (ICD-10 E22.0)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|--|--|
| <p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe); | <p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Dawkowanie</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 $\geq 2,5$ µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony.</p> <p>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.</p> <p>1.2. Sposób podawania</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasyreotydyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym | <p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL)); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm); |

| | | |
|---|--|--|
| <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 ≥ 30 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>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego; 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) <i>Schematu dawkowania</i>; 4) objawowa kamica żółciowa; | <p>wykonywanym przez fachowy personel medyczny.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym. <p>1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie. 2) Zaburzenia czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne; b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana | <ol style="list-style-type: none"> 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej; 8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy); 9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna. <p>1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące; 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <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 > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l</p> <p>lub</p> <p>b) obniżenie stężenia IGF-1 o >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 > 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>2. Leczenie pegwisomantem</p> <p>2.1. Dawkowanie</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>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>2. Leczenie pegwisomantem</p> <p>2.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) wiek powyżej 18 roku życia;2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe); | <ol style="list-style-type: none">2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórną pod nadzorem lekarza.4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę. <p>2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</p> <ol style="list-style-type: none">1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u | <p>2. Leczenie pegwisomantem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej; <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo- |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <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 > 7% (> 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>2.2. Kryteria wyłączenia</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>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m² oraz utrata białka >3 g/1,73m²;</p> <p>4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);</p> <p>5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>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;</p> <p>2.3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</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> |
|---|--|---|

Załącznik B.100.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNĄ I NAWROTOWĄ POSTAĆ KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10: C81)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym</p> <p>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT)</p> <p>i</p> <p>b) po leczeniu brentuksymabem vedotin;</p> <p>2) wiek 12 lat i powyżej;</p> <p>3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;</p> <p>5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne.</p> <p>3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Dawkowanie u dorosłych</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1.2. Dawkowanie u dzieci w wieku 12-18 lat</p> <p>3 mg/kg cc, co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) badanie przedmiotowe;</p> <p>2) ocena sprawności w skali ECOG;</p> <p>3) pomiar masy ciała;</p> <p>4) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi,</p> <p>b) oznaczenia stężenia kreatyniny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,</p> <p>f) oznaczenie poziomu TSH,</p> <p>g) test ciąży u kobiet w wieku prokreacyjnym;</p> <p>5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby;2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. | | <ol style="list-style-type: none">2) morfologia krwi;3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH; <p>Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich;2) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie powtarzać co pół roku. <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.101.

LECZENIE INHIBITORAMI PCSK-9 PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10 E78.01, I21, I22, I25)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|---|--|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną</p> <p>Łączne spełnienie następujących warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network; 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnianie tych kryteriów w chwili rozpoczęcia leczenia LDL aferezą; 4) kryteria kwalifikacji do LDL aferezy: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: <ol style="list-style-type: none"> a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna 40-80 mg lub rosuwastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc. | <p>1. Alirokumab</p> <p>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie.</p> <p>2. Ewolokumab</p> <p>140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie.</p> | <p>1. Wykaz badań przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lipidogram; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) kreatynina/eGFR; 4) kinaza kreatynowa (CK). <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lipidogram – po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy; 2) Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia na każdej wizycie. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej |

1.2. Leczenie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego

Łączne spełnienie następujących warunków:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i intensywnego leczenia statynami w maksymalnie tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w połączeniu z ezetymibem.

Wymagane jest, aby całkowity okres leczenia trwał co najmniej 3 miesiące, w tym co najmniej 1 miesiąc leczenia skojarzonego (statyna w maksymalnych tolerowanych dawkach + ezetymib). W przypadku pacjentów z podejrzeniem rabdomiolizy związanej z podawaniem statyn okres leczenia ustalany jest przez lekarza prowadzącego zgodnie z wytycznymi ESC/EAS.

- 3) Przebyty zawał serca diagnozowany inwazyjnie, który wystąpił do 12 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz
 - a) z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie i wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach

lub

- b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:

– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.

- i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85,

lub

- ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych,

lub

lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

| | | |
|---|--|--|
| <p>iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej; lub – choroba tętnic mózgowych, tj. i. przebyty udar mózgu niedokrwienny, lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)</p> <p>1.3. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być ponadto kwalifikowani pacjenci, którzy otrzymują obecnie leczenie ewolokumabem lub alirokumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia ewolokumabem lub alirokumabem oraz nie spełnili kryteriów opisanych w pkt.3.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3.</p> <p>3. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;2) brak skuteczności po 3 miesiącach leczenia, rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% w stosunku do wartości wyjściowej określonej:<ol style="list-style-type: none">a) przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy, w przypadku pacjentów, u których była ona stosowana w chwili włączenia do programu lekowego,b) w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą (w tym pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.2.), | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>c) w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.3.</p> <p>3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) hiperlipidemia wtórna;2) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej;3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²);4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Childa-Pugha);5) ciąża;6) karmienie piersią;7) nadwrażliwość na ewelokumab lub alirokumab lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.102

LECZENIE RDZENIOWEGO ZANIKU MIĘŚNI (ICD-10 G12.0, G12.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) Do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym;</p> <p>2) W celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w ust. 3;</p> <p>3) W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogene abeparvovec, risdiplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</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 i/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 anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;</p> <p>8) konsultacja ortopedyczna - w przypadku znacznej skoliozy;</p> <p>9) konsultacja gastroenterologiczna i/lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta</p> <p>10) test ciążyowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.</p> |

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.

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.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;
- 2) Przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;
- 3) Drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) Pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:

2. Monitorowanie leczenia

- 1) Badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;
- 2) Badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;
- 3) Ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 4) Ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;
- 5) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;
- 6) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 7) Morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 8) W przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym - test ciążyowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki.

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

| | | |
|---|--|---|
| <p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące, 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>a) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>b) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>c) ciąża.</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.103.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ WENETOKLAKSEM (ICD-10: C.91.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| Część I: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL)); 3) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 4) wyniki parametrów: <ol style="list-style-type: none"> a) CrCl (klirens kreatyniny): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub b) liczba punktów wg skali CIRS > 6; 5) stan sprawności wg WHO: 1; 6) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych; | <p>1. Dawkowanie wenetoklaksu</p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tydzień 1 Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. 2) Tydzień 2 Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. 3) Tydzień 3 Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. 4) Tydzień 4 Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. 5) Tydzień 5 i kolejne | <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: <ol style="list-style-type: none"> a) badanie na obecność antygeny CD20, b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita), d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, f) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI), g) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS; 2) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 3) test ciążyowy. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i obinutuzumabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania terapii złożonej (wenetoklaks i obinutuzumab) przez 18 mies. od zakończeniu leczenia obinutuzumabem.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Maksymalny czas trwania leczenia wenetoklaksem i obinutuzumabem wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli wenetoklaks podawany jest wraz z obinutuzumabem, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) wenetoklaks podawany jest w monoterapii.</p> <p>3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu; 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny; 3) aktywne, ciężkie zakażenia; 4) stan silnie obniżonej odporności; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) nadwrażliwość na wenetoklaks lub obinutuzumab lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów; 7) aktywne zapalenie wątroby typu B; 8) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy; | <p>Zalecana dawka wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Wenetoklaks podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12.</p> <p>Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</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 ze wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p>2. Dawkowanie obinutuzumabu</p> <p>1) Cykl 1.</p> <p>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas</p> | <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) W trakcie leczenia obinutuzumabem i wenetoklaksem (cykle 1-6): <ol style="list-style-type: none"> a) Przed każdym podaniem obinutuzumabu: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie kreatyniny; – stężenie kwasu moczowego; – aktywność AST, ALT; – stężenie bilirubiny całkowitej. 2) W trakcie dostosowywania dawki wenetoklaksu (od 22 dnia 1. cyklu co tydzień przez 5 tygodni): <ol style="list-style-type: none"> a) należy wykonać poniższe badania: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego; – stężenie fosforanów; – stężenie wapnia; – stężenie kreatyniny; – aktywność LDH. 3) Po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu należy wykonać badania wg schematu poniżej: <ol style="list-style-type: none"> a) <u>co miesiąc</u> - badania jak w punkcie 2a (cykle 3-6), a następnie przed rozpoczęciem cyklu od 7 do 12 - morfologia krwi z rozmazem; b) <u>co 3 miesiące</u> (tj. przed rozpoczęciem cyklu 6., 9. i 12.): <ul style="list-style-type: none"> – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego; |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>9) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;</p> <p>10) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRSE, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks lub obinutuzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) rezygnacja pacjenta. | <p>podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p>2) Cykl 2 – 6</p> <p>Zalecaną dawkę obinutuzumabu 1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.</p> <p>Obinutuzumab niezbędny do terapii skojarzonej z wenetoklaksem, finansowany jest w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem (ICD10: C.91.1)” – załącznik B.79 do obwieszczenia Ministra Zdrowia</p> | <ol style="list-style-type: none"> – stężenie fosforanów; – stężenie wapnia; – stężenie kreatyniny; – ALT, AST; – stężenie bilirubiny całkowitej. <p>3. Ocena odpowiedzi na leczenie</p> <p>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana po 3 miesiącach terapii, kolejne, co 3 miesiące.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IwCLL).</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupelnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|---|

Część II: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem

| | | |
|---|--|--|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności wg WHO 0–2; 3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych; 4) leczeni uprzednio co najmniej jedną linią terapii, bez względu na status del17p lub mutacji <i>TP53</i> (<i>mTP53</i>); <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu, o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie.</p> <p>3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie niareczkowania dawki wenetoklaksu; 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny; | <p>Dawkowanie</p> <p>1. Wenetoklaks</p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p>1) Tydzień 1</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>2) Tydzień 2</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>3) Tydzień 3</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>4) Tydzień 4</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>5) Tydzień 5 i kolejne</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi obwodowej wraz z rozmazem, b) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita), c) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, e) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza), f) jednorazowo należy wykonać badanie na obecność del17p lub <i>mTP53</i>, o ile badanie uprzednio wykonane nie wykazało obecności ww. aberracji chromosomalnych; 2) EKG; 3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 4) test ciążowy. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) W trakcie leczenia wenetoklaksem: |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>3) aktywne, ciężkie zakażenia;</p> <p>4) stan silnie obniżonej odporności;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów;</p> <p>7) aktywne zapalenie wątroby typu B.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka lub</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;</p> <p>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL;</p> <p>4) wystąpienie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem;</p> <p>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii;</p> <p>6) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>7) rezygnacja pacjenta.</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>2. Rytuksymab</p> <p>Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m² powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m² powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.</p> <p>Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu</p> | <p>a) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:</p> <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem; – stężenie potasu; – stężenie kwasu moczowego; – stężenie fosforanów; – stężenie wapnia; – stężenie kreatyniny. <p>2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu :</p> <p>a) co miesiąc morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów, – stężenie wapnia, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny całkowitej, – ALT, AST, – aktywność LDH; <p>3) Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:</p> <p>a) co 28 dni EKG.</p> <p>3. Ocena odpowiedzi na leczenie</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).</p> <p>4. Monitorowanie programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupelnienie 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 zakończeniu leczenia. 3) Przekazywanie informacji 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>Część III: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem (chorzy z delecją 17p lub mutacją TP53, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem)</p> | | |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>A.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; | <p>1. Dawkowanie wenetoklaksu</p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg wg poniższego schematu::</p> | <p>1. Badania do kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania niezbędne do ustalenia progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) badanie na obecność delecji 17p lub mTP53, |

| | | |
|---|--|--|
| <p>2) obecność wskazań do leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL);</p> <p>3) pacjenci z obecnością delecji w obszarze 17p lub mutacją <i>TP53</i>, u których nie powiodło się leczenie ibrutinibem;</p> <p>4) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>lub</p> <p>B.</p> <p>Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie wenetoklaksem w ramach innych źródeł finansowania pod warunkiem spełniania kryteriów kwalifikacji (pkt A) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i przez 30 dni po zaprzestaniu leczenia.</p> <p>Do programu lekowego nie kwalifikuje się kobiet w ciąży.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nieakceptowalna toksyczność; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) rezygnacja pacjenta. | <p>1) Tydzień 1</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>2) Tydzień2</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>3) Tydzień 3</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>4) Tydzień 4</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 200mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>5) Tydzień 5 i kolejne</p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</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 ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> | <p>c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, mocznik, AST, ALT, bilirubina całkowita),</p> <p>d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</p> <p>f) ocena masy guza, w tym badania obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza);</p> <p>2) Test ciążowy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów, – stężenie wapnia, – stężenie kreatyniny; 2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu poniżej: <ol style="list-style-type: none"> a) co miesiąc morfologia krwi z rozmazem; b) co 3 miesiące: <ul style="list-style-type: none"> – stężenie potasu, – stężenie kwasu moczowego, – stężenie fosforanów, |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">– stężenie wapnia,– stężenie kreatyniny,– stężenie bilirubiny całkowitej,– ALT, AST,– aktywność LDH. <p>3. Ocena odpowiedzi na leczenie</p> <p>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie przeprowadzona po 3 miesiącach terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok od rozpoczęcia terapii, następnie co 6 miesięcy.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

Załącznik B.104.

LECZENIE CHOROBY FABRY’EGO (ICD 10 E.75.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</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"> 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry’ego; | <p>Dawkowanie agalzydazy beta</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>Dawkowanie agalzydazy alfa</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>Dawkowanie migalastatu</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu; |

| | | |
|---|--|--|
| <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 $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$;</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 umożliwiającego 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>2. Monitorowanie leczenia</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">1) Wysokość i masa ciała;2) Morfologia krwi z rozmazem;3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m² - dotyczy migalastatu; 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja; | | <p>(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry’ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <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>4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</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>3. Monitorowanie programu</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 ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) – CZĘŚĆ POŚREDNIA, ODCINEK TYLNY LUB CAŁA BŁONA NACZYNIOWA (ICD-10 H 20.0, H 30.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji:</p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <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>Do leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria (<i>konieczne jest łączne spełnienie kryteriów przedstawionych w punkcie a i b oraz jednego z kryteriów wskazanych w punkcie c, d i e</i>).</p> <p>a) wiek chorego ≥ 18 r.ż.;</p> <p>b) chorzy z niezakaźnym przewlekłym, przetrwałym lub nawrotowym ZBN (części pośrodkowej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej);</p> <p>c) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu (lub dawce równoważnej innego leku steroidowego) lub terapii lekami immunosupresyjnymi, lub kombinacji leczenia obu typami leków po kursie leczenia trwającym 15 tygodni. Choroba nieaktywna definiowana jest jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> — brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki i/lub naczyń siatkówki, — stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka $\leq 0,5+$ według kryteriów SUN, | <p>1. Dawkowanie:</p> <p>Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnym, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnym podając adalimumab co drugi tydzień.</p> <p>Chorzy stosujący terapię steroidową w chwili włączenia do programu powinni ją kontynuować. Dawka kortykosteroidu powinna być jednak systematycznie zmniejszana zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem:</p> <p>W ramach kwalifikacji chorego do udziału w programie należy wykonać następujące badania:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej lub morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>b) płytki krwi (PLT);</p> <p>c) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>e) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>f) poziom kreatyniny w surowicy;</p> <p>g) białko C-reaktywne;</p> <p>h) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>i) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>j) testu na kiłę;</p> <p>k) testu na boreliozę;</p> <p>l) obecność antygeny HBs;</p> <p>m) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>n) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>o) stężenie elektrolitów w surowicy;</p> <p>p) RTG klatki piersiowej z opisem (do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>— stopień przymglenia ciała szklстого oka $\leq 0,5+$ według kryteriów SUN;</p> <p>d) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące w czasie do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub stabilizacji po odstawieniu obu typu leków trwającej krócej niż 3 miesiące;</p> <p>e) występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.</p> <p>Do programu włączani są również chorzy, którzy byli uprzednio leczeni w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) adalimumabem, pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku braku powikłań leczenie prowadzone powinno być 24 miesiące.</p> <p>Za remisję należy uznać brak aktywności według kryteriów SUN trwający więcej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.</p> <p>W przypadku nawrotów pacjent może być włączony do programu zgodnie z kryteriami włączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia:</p> <p>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) niepowodzenie leczenia - wystąpienie w co najmniej 1 oku co najmniej 1 z poniższych zmian w czasie co najmniej 6 tygodni (chorzy z aktywną postacią ZBN) od rozpoczęcia terapii adalimumabem: | | <p>q) EKG z opisem;</p> <p>r) konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego.</p> <p>s) konsultację ginekologiczną z wykluczeniem ciąży;</p> <p>t) ocena stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklстого według kryteriów SUN;</p> <p>u) badanie okulistyczne z oceną najlepszej skorygowanej ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego, oceną dna oka i płamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT), oceną gałki ocznej w badaniu ultrasonograficznym typ B.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia adalimumabem:</p> <p>1) Monitorowanie stanu miejscowego na podstawie badania okulistycznego:</p> <ol style="list-style-type: none">a) przed podaniem pierwszej dawki leku;b) przed podaniem 5 dawki leku z oceną skuteczności leczenia w stosunku do stanu wyjściowego;c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku. <p>Badanie okulistyczne powinno obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none">— ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali na tablicach Snellena lub EDTRS,— pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,— ocenę przedniego odcinka i dna oka, |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — powstanie nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o ≥ 15 liter (≥ 3 linie wg Snellena), — stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz przymglenie ciała szklonego oka wynoszące $\geq 0,5$ dla pacjentów, którzy osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN, — zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka lub przymglenie ciała szklonego o ≥ 2 stopnie lub zwiększenie z +3 na +4 według kryteriów SUN; <ol style="list-style-type: none"> 2) nadwrażliwość na adalimumab; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: <ul style="list-style-type: none"> — niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), — nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), — brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne). <p>4. Przeciwwskazania do udziału w programie:</p> <p>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent nie może być włączony programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aktywne zakażenia (ostre lub przewlekłe) bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze (szczególnie gruźlica, infekcja wirusem HIV lub WZW typu B); 2) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego (klasa III/IV według NYHA); 3) niestabilna choroba wieńcowa; 4) przewlekła niewydolność oddechowa; 5) przewlekła niewydolność nerek; | | <ul style="list-style-type: none"> — ocena plamki w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT). <p>Kryteria oceny skuteczności. Pogorszenie oceniane jest zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Za poprawę uważa się:</p> <ul style="list-style-type: none"> — zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklonego o ≤ 2 według kryteriów SUN przy stanie początkowym większym lub równym 2, — zmniejszenia liczby komórek w komorze przedniej lub przymglenia ciała szklonego do poziomu 0 według kryteriów SUN przy stanie początkowym mniejszym niż 2, — zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki, — poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku o 3 linie według Snellena lub 15 liter na tablicy EDTRS w stosunku do wartości wyjściowych bądź stabilizację ostrości wzroku. <ol style="list-style-type: none"> 2) Monitorowanie stanu ogólnego na podstawie badań: <ol style="list-style-type: none"> a) przed podaniem 3 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AIAT, AspAT); b) przed podaniem 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AIAT, AspAT); |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">6) przewlekła niewydolność wątroby;7) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;8) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;9) ciąża lub karmienie piersią;10) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie do 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;11) ZBN przedniej komory oka;12) podejrzewane lub potwierdzone zakaźne ZBN;13) choroidopatia pelzająca;14) zmętnienie rogówki lub soczewek uniemożliwiający ocenę dna oka;15) zaćma kwalifikowana do operacji i uniemożliwiająca monitorowanie wyników leczenia w programie przez okres 24 miesiące;16) niekontrolowana jaskra (brak regulacji ciśnienia wewnątrzgałkowego i stabilizacji zmian w polu widzenia przy ≥ 2 liczbie leków przeciwwjaskrowych) mogąca wymagać leczenia operacyjnego w ciągu 24 miesięcy;17) najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali $< 0,4$ według Snellena (< 20 liter EDTRS) w co najmniej jednym oku;18) proliferacyjna retinopatia cukrzycowa lub nieproliferacyjna retinopatia cukrzycowa o ciężkim przebiegu bądź istotny klinicznie obrzęk płamki żółtej z powodu retinopatii cukrzycowej;19) wysiękowa postać zwyrodnienie płamki związanego z wiekiem;20) patologię złącza szklistkowo-siatkówkowego potencjalnie prowadzące do uszkodzenia struktury płamki żółtej niezależnie od procesu zapalnego;21) brak przejrzystości ciała szklanego uniemożliwiający monitorowanie przebiegu leczenia;22) obrzęk płamki żółtej jako jedyny objaw ZBN;23) zapalenie nadtwardówki i twardówki. | | <ul style="list-style-type: none">c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, ALAT, AspAT) – do decyzji lekarza prowadzącego;d) co 6 miesięcy należy wykonać próbę tuberkulinową lub test Quantiferon;e) co 6 miesięcy należy przeprowadzić konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego. <p>3. Monitorowanie programu:</p> <ul style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.106.

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|---|--|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:</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 anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥ 20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)</p> <p>lub</p> <p>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</p> | <p>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę lub Tenofowir: 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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HBsAg 2) anty-HBs 3) anty-HBc IgG/całkowite 4) HBV DNA ilościowe 5) morfologia krwi 6) ALT 7) kreatynina <p>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ALT 2) HBV DNA <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HBV DNA |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.</p> | | <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |
|--|--|---|

Załącznik B.107.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ POKRZYWKI SPONTANICZNEJ (ICD-10:L50.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek \geq 12. roku życia;</p> <p>2) udokumentowana co najmniej 6 miesięczna historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu (licząc od dnia pojawiania się objawów pokrzywki);</p> <p>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:</p> <p>a) Skali Aktywności Pokrzywki: $UAS7 \geq 28$ oraz</p> <p>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych $DLQI \geq 10$;</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>1. Dawkowanie omalizumabu</p> <p>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza.</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 tj. 300mg podawanych podskórnym co 4 tygodnie.</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>1. Badania przy kwalifikacji</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>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:</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. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych, jako UAS7>16 lub DLQI≥10;2) ciąża lub laktacja;3) wystąpienie któregośkolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu;4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Po upływie 24 tygodni 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</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>2.2. Po 12 i 24 tygodniu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);2) morfologia krwi z rozmazem;3) CRP;4) TSH;5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. <p>3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące</p> <ol style="list-style-type: none">1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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; |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>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>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</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> <ul style="list-style-type: none">a) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniualbob) planowej przerwy w leczeniu. <p>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.</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.108.

LECZENIE AGRESYWNEGO I OBJAWOWEGO, NIEOPERACYJNEGO, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO LUB PRZERZUTOWEGO RAKA RDZENIASTEGO TARCZYCY (ICD-10 C73)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Leczenie wandetanibem dorosłych chorych z agresywnym i objawowym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem rdzeniastym tarczycy, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) leczenie chorych w stadium choroby miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych; 4) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu: konieczność udokumentowania progresji według kryteriów RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia wandetanibem; 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 6) zadowalająca wydolność wątroby i nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5 razy górnej granicy normy (kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta), b) stężenie AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej lub nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby, c) klirens kreatyniny co najmniej 30 ml/min; | <p>1. Dawkowanie wandetanibu</p> <p>Maksymalnie do 300 mg na dobę zgodnie z ChPL aktualnym na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT; 3) oznaczenie AspAT; 4) oznaczenie stężenia potasu; 5) oznaczenie stężenia wapnia; 6) oznaczenie stężenia magnezu; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny; 9) oznaczenie stężenia kalcytoniny; 10) oznaczenie stężenia TSH; 11) badanie ogólne moczu; 12) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej; 13) EKG z oceną odstępu QTc; 14) TK lub NMR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 15) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 16) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K; |

- 7) prawidłowe wartości stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi; stężenie potasu powinno wynosić $>4\text{mmol/l}$;
- 8) odstęp QTc < 480 ms w zapisie EKG;
- 9) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji Zubroda – ECOG - WHO;
- 10) wiek powyżej 18 lat;
- 11) ujemny wynik testu ciążyowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;
- 12) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

1.2. Określenie czasu leczenia wandetanibem

- 1) Leczenie trwa do momentu progresji choroby lub do czasu, gdy ryzyko leczenia przewyższa korzyści z jego kontynuacji.
- 2) W przypadku zdarzenia 3. stopnia według wspólnej terminologii kryteriów dla działań niepożądanych (CTCAE) lub większej toksyczności lub wydłużenia odstępu QT (QTc w zapisie EKG) >500 ms, należy przynajmniej tymczasowo przerwać stosowanie wandetanibu, a kiedy objawy toksyczności ustąpią lub ulegną poprawie do stopnia I. w skali CTCAE, wznowić jego stosowanie w zmniejszonej dawce.

1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

- 1) wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc;
- 2) czas trwania odstępu QTc powyżej 480 ms podczas kwalifikacji do programu;
- 3) jednoczesne stosowanie produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie częstoskurczu torsades de pointes (związki arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyflokscyna, leki przeciwarytmiczne klas IA oraz III);
- 4) częstoskurcz torsades de pointes w wywiadzie, jeśli nie wszystkie czynniki ryzyka zostały skorygowane;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);

- 17) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) oznaczenie stężenia potasu;
- 3) oznaczenie stężenia wapnia;
- 4) oznaczenie stężenia magnezu.

2.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:

- 1) oznaczenie AlAT;
- 2) oznaczenie AspAT;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kalcytoniny (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 7) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 8) badanie EKG z oceną QTc;
- 9) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).

2.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie AlAT;
- 3) oznaczenie AspAT;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

| | | |
|--|--|---|
| <p>6) zaburzenia czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none">a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta),b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby; <p>7) zabieg operacyjny w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;</p> <p>8) radioterapia w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;</p> <p>9) ciężkie lub niekontrolowane (według oceny lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">a) zawał serca w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,b) niestabilna choroba wieńcowa,c) poważne zaburzenia rytmu serca,d) objawowa niewydolność serca \geq NYHA 2,e) ciśnienie tętnicze \geq 160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,f) udar mózgu (w tym TIA) w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,g) incydent zakrzepowo-zatorowy w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,i) przetoka w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,j) perforacja przewodu pokarmowego,k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS), <p>10) ciąża i karmienie piersią;</p> <p>11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.</p> <p>1.4. Kryteria wyłączenia</p> <ul style="list-style-type: none">1) wystąpienie istotnych objawów nadwrażliwości na wandetanib;2) konieczność jednoczesnego stosowania produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie torsades de pointes (związki | | <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>6) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;</p> <p>7) oznaczanie stężenia kalcytoniny;</p> <p>8) oznaczenie stężenia TSH;</p> <p>9) badanie ogólne moczu;</p> <p>10) badanie TK/NMR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none">1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyflokscyna, leki przeciwaritmiczne klas IA oraz III);</p> <p>3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);</p> <p>4) zaburzenia czynności wątroby:</p> <p>a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta)</p> <p>b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby;</p> <p>5) konieczność wykonania zabiegu operacyjnego;</p> <p>6) konieczność wykonania zabiegu radioterapii;</p> <p>7) wystąpienie ciężkich lub niekontrolowanych (według oceny lekarza prowadzącego) chorób towarzyszących w tym:</p> <p>a) zawał serca,</p> <p>b) niestabilna choroba wieńcowa,</p> <p>c) poważne zaburzenia rytmu serca,</p> <p>d) objawowa niewydolność serca \geq NYHA 2,</p> <p>e) ciśnienie tętnicze \geq 160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,</p> <p>f) udar mózgu (w tym TIA),</p> <p>g) incydent zakrzepowo-zatorowy,</p> <p>h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego,</p> <p>i) przetoka,</p> <p>j) perforacja przewodu pokarmowego,</p> <p>k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,</p> <p>l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS),</p> <p>8) ciąża i karmienie piersią;</p> <p>9) brak zgody na stosowanie antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.</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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</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>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</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>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</p> | <p>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.</p> <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. <p>2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.5. Acyduria propionowa (PA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.6. Zaburzenia spalania długłańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długłańcuchowych 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>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniłańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</p> | <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.5. Acyduria propionowa (PA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.6. Zaburzenia spalania długłańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniłańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</p> | <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| <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>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</p> <p>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>1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</p> <p>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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia</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>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</p> <p>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>1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym” powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2. Rodzaje programów</p> <p>A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</p> <p>A.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System (INSS)</i> 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: <ol style="list-style-type: none"> a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania, lub b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania, 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym | <p>Dawkowanie:</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/m²/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 opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu</p> | <p>A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</p> <p>A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej |

| | | |
|--|---|---|
| <p>protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii, 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia, 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu), 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta, 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie, 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV), 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> <p>A.2. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <p>Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.</p> <p>Jeżeli wystąpienie działań niepożądanych przypisywane jest działaniu IL-2, leczenie można kontynuować z zastosowaniem monoterapii dinutuksymabem beta.</p> <p>Równoległe z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.</p> | <p>(LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu.</p> <p>2) ocena funkcji narządów:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>500/\text{ul}$; stabilna liczba płytek $>20.000/\text{ul}$ oraz Hb $>8.0 \text{ g/dl}$; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu h) badanie EEG i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV j) zdjęcie klatki piersiowej <p>A.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem - $>94\%$ podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, |
|--|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),</p> <p>7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.</p> <p>A.3. Określenie czasu leczenia według programu</p> <p>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.</p> <p>A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie</p> <p>1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:</p> <ul style="list-style-type: none">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 przesiekania 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 przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii; <p>2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):</p> <ul style="list-style-type: none">a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, | | <p>b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina $> 8,0\ \text{g/dl}$, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych</p> <p>c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) < 5 razy górna granica normy,</p> <p>d) odpowiednia czynność nerek</p> <p>2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2</p> <ul style="list-style-type: none">a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 dobab) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 dobac) CRP: 1, 8, 15 i 18 dobad) układ krzepnięcia: 1 i 8 dobae) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2f) EKG w 8. i 18. dobieg) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego <p>3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:</p> <ul style="list-style-type: none">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 |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,</p> <p>f) kardi toksyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</p> <p>Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).</p> <p>B.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System (INSS)</i> 2) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych lub | | <p>pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET.</p> <p>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</p> <p>B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu, 2) ocena funkcji narządów: <ol style="list-style-type: none"> a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>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,</p> <p>w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący</p> <p>lub</p> <p>stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,</p> <p>lub</p> <p>stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka,</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> | | <ol style="list-style-type: none">c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/uł; stabilna liczba płytek >20.000/uł oraz Hb >8,0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,g) ocena słuchu,h) badanie EEG,i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej. <p>B.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">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:<ol style="list-style-type: none">a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/μl, liczba płytek krwi ≥20 000/μl, hemoglobina >8,0 g/dl,c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,d) odpowiednia czynność nerek;2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>B.2. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">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 leczenia6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. <p>B.3. Określenie czasu leczenia według programu</p> <p>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.</p> <p>B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:<ol style="list-style-type: none">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, | | <p>dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2:</p> <ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba,b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba,c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba,d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba,e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,f) EKG w 8. i 18. dobie,g) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego, <p>3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:</p> <ol style="list-style-type: none">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). <p>C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych</p> <ol style="list-style-type: none">1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,</p> <p>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,</p> <p>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.</p> <p>2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):</p> <p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,</p> <p>f) kardiotoxyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> | | <p>2) 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,</p> <p>3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</p> <p>4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu,</p> <p>5) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</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>D. Monitorowanie programu:</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”;2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.4) Zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”. |
|--|--|--|

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>A. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); 2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; 3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: <ol style="list-style-type: none"> a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach | <p>A. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</p> | <p>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); 5) ocena stężenia IGF-I; 6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 8) oznaczenie stężenia TSH i FT4; 9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]; 10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych; 11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem |

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);

c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest 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>C. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|---|

Załącznik B.112.

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem mukowiscydozy, którzy spełniają jednocześnie niżej przedstawione warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie; 2) do leczenia iwakaftorem w monoterapii kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym wystąpieniem jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu <i>CFTR</i>: mutacja bramkująca genu <i>CFTR</i> (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych; 3) do leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 2 lat z potwierdzonym wystąpieniem mutacji F508del genu <i>CFTR</i> na obu allelach; 4) do leczenia tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 6 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del i mający jedną z następujących mutacji genu <i>CFTR</i>: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie leków zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji refundacyjnych.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) aminotransferaza alaninowa; 4) aminotransferaza asparaginowa; 5) stężenie bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła; 7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż. <p>1.2. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie obrazowe klatki piersiowej. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku; 2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje |

5) do leczenia eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 12 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del genu *CFTR* lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu *CFTR*.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni terapią modulatorami receptora CFTR w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) przeciwwskazania do udziału w programie wynikające z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym;
- 2) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych (pacjent powinien zostać włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu).

3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu

prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;

- 3) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;
- 4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny po 3, 6, 9 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku;
- 5) konsultacja okulistyczna raz w roku u pacjentów <18rż;
- 6) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem.

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ.
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
- 4) Obecność, lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.

| | | |
|---|--|--|
| <p>Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;</p> <ol style="list-style-type: none">2) stan po przeszczepieniu płuc;3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);4) okresowe przerwanie leczenia lub modyfikacja dawki w przypadku wystąpienia interakcji z innymi lekami – zgodnie z ChPL poszczególnych produktów;5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem;6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią). (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę);7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych;8) uporczywe zaniechanie zaleceń terapeutycznych lekarza prowadzącego. | | |
|---|--|--|

Załącznik B.113.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI NEREK (ICD-10 N18)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|---|--|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia >1500/mm³; 4) BMI w granicach normy; 5) redukcja eGFR <2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją; 6) proteinuria <1 g/g kreatyniny w moczu; 7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN; 8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka; | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.</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 powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); 2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD; 3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm³; 5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu; 6) ocena BMI. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane co 30 dni: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>9) wiek ≥ 18 lat.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:</p> <p>Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none">1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego;2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego;3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli;4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów;5) hiperkalcemia;6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);8) anoreksja;9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia;10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>). <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> | | <p>c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy;</p> <p>d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr);</p> <p>2) badania wykonywane co 90 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy;b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej;c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD;d) ocena BMI. <p>3) konsultacje wykonywane co 30 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">a) konsultacja nefrologiczna;b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety; <p>4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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; |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu;2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę. | | <ol style="list-style-type: none">3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.114.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do programu</p> <p>1) noworozpoznana ostra białaczka szpikowa (ang. <i>acute myeloid leukaemia</i> – AML) z udokumentowaną obecnością mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);</p> <p>2) pacjenci ≥ 18 r.ż., kwalifikujący się do intensywnej chemioterapii indukującej;</p> <p>3) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria wykluczające udział w programie</p> <p>1) ostra białaczka promielocytowa;</p> <p>2) ciężka niewydolność wątroby;</p> <p>3) ciężka niewydolność serca;</p> <p>4) czynne, ciężkie zakażenie;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka midostauryny wynosi 50 mg doustnie dwa razy na dobę.</p> <p>Midostaurynę podaje się od 8. do 21. dnia 28-dniowych cykli:</p> <p>1) chemioterapii indukującej daunorubicyną i cytarabiną;</p> <p>2) chemioterapii konsolidującej wysokodawkową cytarabiną;</p> <p>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) ocena stanu ogólnego (ECOG/WHO);</p> <p>2) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);</p> <p>3) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, glukoza, bilirubina, AST, ALT,;</p> <p>c) koagulogram: APTT, PT, fibrynogen;</p> <p>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>4) badanie na obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]).</p> <p>5) EKG</p> <p>6) ECHO serca (do decyzji lekarza);</p> <p>7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);</p> <p>8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim jeżeli był podany) cyklu</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>3. Kryteria zakończenia udziału w programi</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża lub karmienie piersią;2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet: po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego;3) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;4) wznowa choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii podtrzymującej;5) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);6) rezygnacja pacjenta. <p>4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) leczenie indukujące – maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego),2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy; <p>U pacjentów będących biorcami przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. <i>stem cell transplant</i> - SCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego SCT.</p> | | <p>indukującym;</p> <ol style="list-style-type: none">2) Co najmniej dwa razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej oraz raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem;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">a) elektrolity: Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺;b) biochemia: AST, ALT,; kreatynina, , glukoza, bilirubina;c) koagulogram: APTT, PT4) Badanie EKG przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|---|--|---|

Załącznik B.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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa z współlistniejącym 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 $<1 \times 10^9/L$ i/lub niedokrwistość <10 g/dL i/lub małopłytkowość $<100 \times 10^9/L$;</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 hipoalbuminemią i utratą wagi ciała;</p> <p>e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;</p> <p>3) wiek ≥ 18 lat;</p> <p>4) stan ogólny ECOG 0-2;</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</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 ciążowy (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>2. Monitorowanie leczenia</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>2. Kryteria wykluczające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciężka niewydolność wątroby;2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;3) czynne, ciężkie zakażenie;4) ciąża lub karmienie piersią;5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą. <p>3. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża lub karmienie piersią;2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);5) rezygnacja pacjenta. | | <p>roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:</p> <ol style="list-style-type: none">a) morfologia krwi z rozmazem;b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;c) APTT, PT;d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach. <p>2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące. <p>3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none">a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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 |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie</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 | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla; 4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek \geq 18 lat; 7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia; | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, |

- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego;
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem;
- 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;
- 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:
- liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9/l$,
 - liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$,
 - liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9/l$,
 - stężenie hemoglobiny $\geq 9 \text{ g/dl}$,
 - stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1,5 \times \text{GGN}$ (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa
 - 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

- 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;
- badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:
 - pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,
 - parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
- inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie programu

- Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- Przekazywanie informacji 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) Progresa 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 CHOROBY CUSHINGA (ICD-10 E24.0)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|--|---|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat; 2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem; 3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria łącznie: <ol style="list-style-type: none"> a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu przekraczające o minimum 1,5 x górną granicę normy laboratoryjnej, b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu, c) pozytywny wynik testu stymulacji ACTH kortykoliberyną (CRH) lub pozytywny wynik testu hamowania kortyzolu deksametazonem (8mg/dobę). <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>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe - występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii; 2) ocena wydalania wolnego kortyzolu z moczem w dobowej zbiorce moczu; 3) test stymulacji ACTH kortykoliberyną lub test hamowania 8 mg deksametazonu wydzielania kortyzolu; 4) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu; 5) ocena wyrównania czynności tarczycy; 6) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem; 7) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); 8) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; 9) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 10) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych |

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) 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 (odsetek hemoglobiny glikowanej $\geq 7,5\%$) 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-Pugha);
- 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

(jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

- 11) 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 z moczem 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, a w przypadku makrogruczolaków (guz >10 mm) co 6 miesięcy przez cały okres trwania leczenia;
- 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

| | | |
|---|--|--|
| <p>wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyreotydem w najwyższej tolerowanej dawce;</p> <p>9) nadwrażliwość na pasyreotydy 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>zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;</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 magnezu, 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 makrogruczołaków 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>3. Monitorowanie programu</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 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.119.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCYM, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANYM LUB Z PRZERZUTAMI, ZRÓŻNICOWANYM (BRODAWKOWATYM/PĘCHERZYKOWYM/OKSYFILNYM - Z KOMÓREK HÜRTHLE'A) RAKIEM TARCZYCY, OPORNYM NA LECZENIE JODEM RADIOAKTYWNYM (ICD-10 C 73)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a; 2) potwierdzenie miejscowego zaawansowania lub przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych; 3) udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi; 4) progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu; 5) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; | <p>1. Sorafenib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. 1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia. <p>Następnie, w pierwszej kolejności należy dążyć do wdrożenia adekwatnej profilaktyki/terapii powikłań (np. efektywne leczenie nadciśnienia tętniczego, zespołu dłoniowo-podeszwowego) i dopiero w przypadku nieskuteczności takiego postępowania powinno się rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 600 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg i 1 tabletkę po 200 mg co 12 godzin), jeśli konieczne jest dalsze zmniejszenie dawki leku należy stosować dawkę 400 mg dziennie (1 tabletkę 200 mg co 12 godzin), a jeśli konieczna będzie dalsza redukcja dawki, sorafenib należy stosować w dawce 200 mg raz na dobę.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> a) bilirubiny – w surowicy; b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 7) scyntygrafia kości; 8) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy; 9) Rtg lub tomografia komputerowa klatki piersiowej; 10) elektrokardiogram; 11) pomiar ciśnienia tętniczego; 12) inne badania w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|--|---|
| <p>7) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>9) wykluczenie ciąży u kobiet;</p> <p>10) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania sorafenibu, którymi są alergia na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni sorafenibem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</p> <p>1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego za wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry, raka szyjki macicy in situ, albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało</p> | <p>1.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane związane z leczeniem nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku należy zakończyć leczenie.</p> <p>1.4. Po zmniejszeniu nasilenia działań niepożądanych innych niż hematologiczne w stopniu 4 wg CTC, możliwe jest ponowne zwiększenie dawki sorafenibu.</p> | <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) oznaczenie stężenia:<ol style="list-style-type: none">a) bilirubiny,b) kreatyninyc) transaminaz (AspAT, AlAT),d) wapnia,e) TSH– w surowicy;3) elektrokardiogram;4) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny odpowiedniego obszaru ciała;5) inne badania w razie wskazań klinicznych. <p>Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none">1) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie;2) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc;3) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące;4) po 12 miesiącu terapii- co 4 miesiące. <p>Pierwsze badanie obrazowe wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne.</p> <p>Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;</p> <p>2) obecność istotnych schorzeń współistniejących:</p> <ul style="list-style-type: none">a) niekontrolowana infekcja,b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA; <p>3) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania sorafenibu.</p> <p>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</p> <ul style="list-style-type: none">1) udokumentowana progresja w trakcie leczenia;2) wystąpienie nadwrażliwości na sorafenib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;3) stan sprawności wg ECOG 3 lub 4;4) nawracająca pomimo redukcji dawki i/lub przerwy w leczeniu lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia wg WHO;5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu wymagających leczenia;6) jakiegokolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia sorafenibem. | | <p>2. Monitorowanie programu</p> <ul style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.121.

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <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>1. Kryteria kwalifikacji</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 znamiennego torowania.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AIAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 8) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 9) badanie EKG; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny. <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.</p> <p>1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciąża i karmienie piersią;2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);4) padaczka;5) niewyrównana astma oskrzelowa;6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;8) występowanie wrodzonego zespołu QT. | | <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) AIAT;3) AspAT;4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);6) badanie EKG;7) oznaczenie stężenia kreatyniny. <p>2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) oznaczenie stężenia kreatyniny;3) AIAT;4) AspAT;5) badanie EKG;6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |
|---|--|--|

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

Załącznik B.122.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D84.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II; 2) wiek od 12 roku życia; 3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. <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 warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> | <p>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.</p> <p>U pacjentów z dobrą kontrolą choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie.</p> <p>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenia inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 2) aktywności inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane, gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 3) stężenia składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 4) stężenia składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia; 5) morfologia krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 8) oznaczenie INR; 9) oznaczenie poziomu: <ol style="list-style-type: none"> a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT), |

2. Kryteria wyłączenia

Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- 1) ciąża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym ds. Chorób Ultrazadkowych może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach, gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia;
- 2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.

b) aminotransferazy alaninowej (ALAT),

c) bilirubiny całkowitej;

10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Monitorowanie leczenia

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:

- 1) morfologia krwi;
- 2) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego;
- 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;
- 4) oznaczenie INR;
- 5) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT).

Badania wykonuje się co 6 miesięcy.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

| | | |
|--|--|---|
| | | <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.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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>. <p>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT)); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera Fleischera. <p>2. Monitorowanie leczenia</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>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;5) karmienie piersią;6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia;7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby. | | <ol style="list-style-type: none">1) badanie fizykalne;2) badanie neurologiczne;3) badanie ogólne moczu;4) morfologia;5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;6) czas protrombinowy (PT);7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;11) USG wątroby. <p>Badania przeprowadzone raz w roku:</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej. <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>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">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 |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <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 CIĘŻKĄ POSTACIĄ ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (ICD-10: L20)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (IGA równe 4) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i spełniają jedno z poniższych kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> a) niepowodzenie leczenia cyklosporyną stosowaną w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu, albo b) przeciwwskazania do stosowania cyklosporyny, które uniemożliwiają jej zastosowanie, albo c) wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia cyklosporyną; 3) niepowodzenie fototerapii lub innej terapii ogólnej; 4) atopowe zapalenie skóry ze wskaźnikami EASI ≥ 20 i BSA $\geq 10\%$ powierzchni skóry zmieniony chorobowo. <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie dupilumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) RTG klatki piersiowej, ważność badania 1 rok; 5) EKG; 6) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 7) ocena nasilenia zmian BSA; 8) ocena jakości życia wg DLQI; 9) próba ciążyowa u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 7 dni), a następnie co 3 miesiące (+/- 7 dni):</p> |

spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) aktywne zakażenie pasożytnicze lub infekcja, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii dupilumabem;
- 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża lub laktacja.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po 16 tygodniach leczenia dupilumabem rozumiane jako:
 - a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI)oraz
 - b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji;
- 2) nadwrażliwość na dupilumab;
- 3) ciąża lub laktacja;
- 4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;
- 5) spełnienie któregośkolwiek z kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

4. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z

- 1) morfologia krwi z rozmazem
- 2) badania biochemiczne:
 - a) stężenie kreatyniny,
 - b) stężenie mocznika,
 - c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
 - d) stężenie AIAT,
 - e) stężenie AspAT,
- 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 4) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;
- 5) ocena jakości życia wg DLQI.

3. Monitorowanie programu

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

| | | |
|---|--|--|
| <p>kryteriami określonymi w punkcie 3.</p> <p>5. Ponowne włączenie do programu</p> <p>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania dupilumabu i zastosowano go zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu.</p> <p>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 CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO SKÓRY CEMIPIMABEM (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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;</p> <p>1.2. wiek ≥ 18 roku życia;</p> <p>1.3. adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>1) wyniki badań czynności wątroby:</p> <p>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta nieprzekraczające 3-krotnie GGN</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN,</p> | <p>Dawkowanie cemiplimabu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecane dawkowanie cemiplimabu to 350 mg co 3 tyg. we wlewie dożylnym przez 30 min.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym; 2) badanie przedmiotowe; 3) ocena sprawności w skali ECOG; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenia stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie TSH i FT4; 10) test ciąży z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1; |

| | | |
|--|--|---|
| <p>2) wynik czynności nerek:</p> <p>a) stężenie kreatyniny w surowicy nieprzekraczające 2,0 mg/dL,</p> <p>3) wynik czynności szpiku kostnego:</p> <p>a) stężenie hemoglobiny co najmniej 8,5 g/dl</p> <p>b) liczba neutrofilii (ANC) co najmniej 1000/μl</p> <p>c) liczba płytek krwi co najmniej 75000/μl;</p> <p>1.4. kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>1.5. wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>1.6. wykluczenie przeciwwskazań opisanych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;</p> <p>4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania cemiplimabu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> | | <p>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</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 TSH i FT4;</p> <p>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</p> <p>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym (nieresekcyjnym) rakiem kolczystokomórkowym skóry:</p> <p>1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;</p> <p>2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego SCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST 1.1 w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;</p> |
|--|--|---|

- 5) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 6) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG;
- 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 8) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;
- 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem.

Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji terapii cemiplimabem są kwalifikowani również pacjenci uprzednio leczeni cemiplimabem (w ramach innego sposobu finansowania) o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili kryteria kwalifikacji określone w punkcie 1 i nie spełnili kryteriów wyłączenia z leczenia określonych w punkcie 3.

3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.
Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy obejmujący ocenę danych radiologicznych wg. RECIST 1.1 i cyfrowych zdjęć medycznych (kryteria WHO).

Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST1.1.

3.2. U pacjentów z rakiem kolczystokomórkowym skóry z przerzutami:

- 1) ocena kliniczna wraz z cyfrową dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;
- 2) badanie TK lub MR odpowiedniego obszaru – w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; w przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

| | | |
|--|--|---|
| | | <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.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>1. Kryteria kwalifikacji (łącznie)</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 ≥ 18. roku życia;</p> <p>3) szybka progresja choroby definiowana jako:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m²,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">b) zmniejszenie eGFR $\geq 2,5$ ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m²,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV $> 5\%$ na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki $> 16,5$ cm w badaniu USG.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</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 AlAT, AspAT;</p> <p>5) stężenie elektrolitów w surowicy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, 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>3. Monitorowanie programu</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;3) uzyskanie eGFR<15ml;4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;5) hipernatremia;6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;7) ciąża lub karmienie piersią. | | <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|---|--|--|

Załącznik B.127.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIEJĄ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
|--|--|--|
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej; 3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) liczba płytek krwi $\leq 30\ 000/\mu\text{l}$; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. <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>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>1. Dawkowanie eltrombopagu</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 $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: <ol style="list-style-type: none"> a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: <ol style="list-style-type: none"> a) wykonywane co 1 miesiąc; |

| | | |
|---|---|---|
| <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia; 3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem; 4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii; 5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT ($\geq 3 \times$ GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem $\geq 3 \times$ wartość wyjściowa lub $> 5 \times$ GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: <ol style="list-style-type: none"> a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią. | <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 $< 30\ 000/\mu\text{l}$, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do $< 9\ \text{g/dl}$ lub całkowita liczba neutrofilii wyniesie $< 0,5 \times 10^9 /\text{l}$, 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> | <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); <ol style="list-style-type: none"> 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: <ol style="list-style-type: none"> a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> a) okresowa kontrola okulistyczna; 6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych |
|---|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|--|--|--|

Załącznik B.128.FM.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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 ≥ 12 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 $\geq 4 \times$ 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"> – AIP: mutacja w genie <i>HMBS</i>, – HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>, | <p>1. Dawkowanie</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>1. Badania przy kwalifikacji</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 <i>ALAD</i>,</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 (<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>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ALT >2×GGN,2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN),3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5);4) eGFR <15ml/min/1,73m² przy zastosowaniu wzoru MDRD; | | <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>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Raz na miesiąc:</p> <ol style="list-style-type: none">1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne. <p>2.2. Raz na 6 miesięcy:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;2) Poziom ALA i PBG w moczu. <p>2.3. Raz na rok:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ocena skuteczności terapii; |
|---|--|---|

- 5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie;
- 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie;
- 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV;
- 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia;
- 9) karmienie piersią;
- 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego);
- 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 12) wcześniejsze leczenie 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 $<15\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ przy zastosowaniu wzoru MDRD;
- 4) zakażenie HIV, HCV lub HBV;
- 5) zapalenie trzustki;
- 6) nadwrażliwość na lek;
- 7) ciąża;
- 8) karmienie piersią.

Załącznik B.129.FM.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</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"> 1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym; 2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR>30 ml/min/1,73m²); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem $\geq 0,70$ mmol /1,73 m²/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B₆ (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem $\geq 30\%$ w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. <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>1. Dawkowanie</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"> 1) masa ciała poniżej 10 kg: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu; 2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące; 3) masa ciała 20 kg i więcej: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 3 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące. <p>Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar wzrostu i masy ciała; 2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym; 3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT; 4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV; 5) ocena laboratoryjna: <ol style="list-style-type: none"> a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m²/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. <p>2. Monitorowanie leczenia</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/1,73m²;
- 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);
- 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C;
- 4) przeszczepienie nerki lub wątroby;
- 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych;
- 6) ciąża;
- 7) karmienie piersią;
- 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym;
- 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia;
- 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

3. Określenie czasu leczenia w programie

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

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);

2.1. Badania co 3 miesiące:

- 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała;
- 2) ocena laboratoryjna:
 - a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m²/24h),
 - b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi 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 >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych;</p> <p>3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m²);</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/1,73m²/24h),</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>1. Kryteria kwalifikacji</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>1. Dawkowanie</p> <p>Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rano – 10 mg/kg masy ciała, 2) w południe – 10 mg/kg masy ciała; 3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała <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>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny; 2) kreatynina w surowicy, eGFR; 3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK); 4) azot mocznika we krwi; 5) cholesterol całkowity; 6) LDL; 7) HDL; 8) trójglicerydy. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Co 6 miesięcy: <ol style="list-style-type: none"> a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy), b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku; 2) Co 12 miesięcy ponadto: <ol style="list-style-type: none"> a) cholesterol całkowity, |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3 oraz z zastrzeżeniem zawartym w pkt.4.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) rezygnacja pacjenta;2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów;4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy). <p>4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu 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">b) LDL,c) HDL,d) trójglicerydy. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia |
|---|--|---|

Załącznik B.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|--|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: <ol style="list-style-type: none"> a) całkowita liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$, b) liczba płytek $\geq 50 \times 10^9/l$, c) hemoglobina $< 170 \text{ g/l}$ ($10,6 \text{ mmol/l}$); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. <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>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</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>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>siltuksymab</i> lub którykolwiek ze składników preparatu;2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO;3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą;4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia;5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG;6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano;7) ciąża i laktacja. | | <p>zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN).</p> <ol style="list-style-type: none">1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC;2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0;3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);5) aktywność AspAT, AIAT;6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa). <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <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.

STOSOWANIE LETERMOWIRU W CELU ZAPOBIEGANIA REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U DOROSŁYCH, SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIENIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) wiek \geq 18 lat. <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>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki, należy kontynuować do 100 dni po przeszczepieniu.</p> | <p>Zalecane dawkowanie to 1 tabletką 240 mg lub 480 mg na dobę.</p> <p>Modyfikacja dawki letermowiru zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) status serologiczny CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: stężenie bilirubiny i albuminy w surowicy, INR, ASPAT, ALAT, określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: stężenie kreatyniny w surowicy, eGFR. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ilościowe badanie CMV DNA - stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; |

3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączenia do programu

Nie należy włączać do programu pacjentów, u których stwierdzono wystąpienie, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) wiek ≤ 18 lat;
- 2) ciężkie (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby;
- 3) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępujące umiarkowane (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m²) lub ciężkie (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m²) zaburzenia czynności nerek;
- 4) stosowanie pimozydu, alkaloidów sporyszu, ziela dziurawca zwyczajnego;
- 5) stosowanie dabigatranu, atorwastatyny, simwastatyny, rosuwastatyny lub pitawastatyny, jeśli konieczne jest stosowanie letermowiru łącznie z cyklosporyną;
- 6) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (nie dotyczy wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej).

Pacjenta należy wyłączyć z programu w przypadku wystąpienia wskazań i spełnienia kryteriów do rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego w oparciu o wynik badania ilościowego CMV DNA w surowicy lub pełnej krwi (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie).

- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.133.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENE PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toksyna botulinowa typu A 2) Erenumab 3) Fremanezumab <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>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: | <p>1. Toksyna botulinowa</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>2. Erenumab</p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p> <p>140 mg erenumabu co 4 tygodnie.</p> <p>3. Fremanezumab</p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p> | <p>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. <p>2. Badania podczas monitorowania leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (\pm 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>a) topiramát – 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">1) liczba dni z bólem głowy,2) typ bólu głowy,3) natężenie bólu,4) czas trwania,5) objawy towarzyszące,6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych,7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. |
|---|--|--|

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia

1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (erenumabem albo fremanezumabem)

- 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;
 - 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD);
 - 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:
 - a) 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 zazywane 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 zazywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:

3.1. W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregokolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia erenumabem albo fremanezumabem)

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.

3.2. W II linii leczenia okres podawania erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na

leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej.

Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu.

W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR.

Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy;
- 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych;

Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.

| | | |
|---|--|--|
| <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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|--|--|--|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikowania</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>1. Dawkowanie denosumabu</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>1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem</p> <p>1.1. Guzy lite</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>1.2. Szpiczak plazmocytowy</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>2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</p> <ol style="list-style-type: none">1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego;2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej;3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie4) równoczesne leczenie bisfosfonianami;5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy). <p>3. Określenie czasu leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.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">– odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów | | <ol style="list-style-type: none">2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);3) aktywność AlAT;4) aktywność AspAT;5) stężenie bilirubiny;6) stężenie wapnia;7) stężenie kreatyniny;8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia denosumabem</p> <ol style="list-style-type: none">1) oznaczenie stężenia:<ol style="list-style-type: none">a) wapnia w surowicy<ul style="list-style-type: none">– w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii.Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego.2) inne badanie w razie wskazań klinicznych. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">- kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii. <p>W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;3) wystąpienie martwicy kości szczęki;4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej;5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytoowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów;6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy;7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG. | | <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 NINTEDANIBEM CHOROBY ŚRÓDMIAŻSZOWEJ PŁUC ZWIĄZANEJ Z TWARDZINĄ UKŁADOWĄ (ICD-10: M34, J.99.1)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Pierwszorazowa kwalifikacja pacjenta do programu wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie poniższe kryteria a-c:</p> <p>a) wiek \geq 18 lat,</p> <p>b) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,</p> <p>c) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową (SSc-ILD) na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR);</p> <p>2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający</p> | <p>1. Dawkowanie</p> <p>1) nintedanib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR;</p> <p>2) u wszystkich pacjentów, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem;</p> <p>3) decyzja o leczeniu innymi lekami immunosupresyjnymi w połączeniu z nintedanibem, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na inne objawy twardziny układowej zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>3) morfologia krwi;</p> <p>4) płytki krwi (PLT);</p> <p>5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy;</p> <p>6) kwas moczowy w surowicy;</p> <p>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>8) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>9) bilirubina w surowicy;</p> <p>10) protrombina;</p> <p>11) APTT;</p> <p>12) badanie ogólne moczu;</p> <p>13) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF;</p> <p>14) profil ANA obejmujący min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III;</p> <p>15) stężenie NT-proBNP;</p> <p>16) test Quantiferon (do decyzji lekarza);</p> <p>17) obecność antygenu HBs;</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>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"> - spadek wartości FVC o co najmniej 10% <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, <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 < 70% wartości należnej</p> <p>lub</p> <p>c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc,</p> <p>oraz spełniający oba poniższe kryteria d-e:</p> <p>d) $FVC \geq 40\%$ wartości należnej,</p> <p>e) pojemność dyfuzyjna płuc TLCO powyżej 30% wartości należnej.</p> <p>3) w szczególnych, uzasadnionych przypadkach, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia nintedanibem w sytuacji niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli</p> | <p>medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego;</p> <p>4) u pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.</p> | <p>18) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>19) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>20) test ciążowy (do decyzji lekarza);</p> <p>21) kapilaroskopia;</p> <p>22) EKG;</p> <p>23) UKG;</p> <p>24) spirometria;</p> <p>25) zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO);</p> <p>26) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją);</p> <p>27) gazometria krwi lub pulsoksymetria;</p> <p>28) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza).</p> <p>2. Monitorowanie terapii nintedanibem</p> <p>1) badania laboratoryjne – po 1 miesiącu (± 15 dni), po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) morfologię krwi, b) płytki krwi (PLT), c) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy, d) AspAT i AlAT, e) bilirubinę, f) protrombinę i APTT. <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 3 miesiące).</p> |
|--|--|--|

leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną, a także jeśli spodziewana jest korzyść z leczenia nintedanibem, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony;

- 4) w przypadku kobiet i mężczyzn wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego nintedanib.

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

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z kryteriów włączenia do programu oraz z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego nintedanib, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

3. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;
- 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako względne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu

- 2) badania czynnościowe układu oddechowego – po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące) od pierwszego podania leku należy wykonać:

- a) spirometrię,
- b) zdolność dyfuzyjną płuc dla CO (TLCO),
- c) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię;

- 3) badanie obrazowe płuc – po 12 miesiącach (± 3 miesiące) od pierwszego podania leku należy wykonać TKWR klatki piersiowej. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania TKWR należy do lekarza prowadzącego;

- 4) badania układu krążenia:

- a) EKG po każdym 6 miesiącach (± 3 miesiące),
- b) UKG po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące).

3. Monitorowanie programu

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

pierwszych 12 miesięcy (± 3 miesiące) leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach (± 3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni;

- 2) wystąpienie działań niepożądanych lub nietolerancji lub przeciwwskazań, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia;
- 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonej w pkt. 4.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego przerwanie terapii może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia nintedanibem w programie lekowym. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie nintedanibem w przypadku wystąpienia kryterium wyłączenia z programu określonego w pkt. 4.1 nie jest możliwe.

5. Kryteria ponownego włączenia do programu

pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono progresję choroby w badaniach czynnościowych lub obrazowych płuc, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji;

- 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z innych przyczyn niż określone w pkt. 4.1 i 5.1, i u którego brak jest

| | | |
|---|--|--|
| <p>przeciwwskazań do wznowienia leczenia, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji;</p> <p>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;</p> <p>3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 4.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.</p> | | |
|---|--|--|

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|----------------------|---|--|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | Acidum levofolanicum | 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 | 56,16 | 58,97 | 58,97 | C.0.01. | bezpłatny | 0 zł |
| 2 | Acidum levofolanicum | 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 | 126,36 | 132,68 | 132,68 | C.0.01. | bezpłatny | 0 zł |
| 3 | Acidum zoledronicum | Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 fioł.po 100 ml | 05909991228392 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy | 91,80 | 96,39 | 94,12 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 4 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fioł. | 05055565711958 | <1>2022-01-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy | 83,16 | 87,32 | 87,32 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 5 | Acidum zoledronicum | Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml | 1 worek po 100 ml | 05909991377717 | 2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy | 83,16 | 87,32 | 87,32 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 6 | Acidum zoledronicum | Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml | 1 fioł.po 5 ml | 05909990948994 | <1>2021-07-01/<2>2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy | 89,64 | 94,12 | 94,12 | <1>C.68.; <2>C.68.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 7 | Anagrelidum | Anagrelid Aurovitas, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991386436 | 2020-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 410,40 | 430,92 | 430,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991359850 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 540,00 | 567,00 | 567,00 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 9 | Anagrelidum | Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991359867 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 10 | Anagrelidum | Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991422929 | 2021-09-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 356,40 | 374,22 | 374,22 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 11 | Anagrelidum | Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05902020241652 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 410,40 | 430,92 | 430,92 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 12 | Anagrelidum | Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991362140 | 2021-11-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 432,00 | 453,60 | 453,60 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 13 | Anagrelidum | Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991355135 | 2022-03-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 484,92 | 509,17 | 509,17 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 14 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg | 100 szt. | 05909991354480 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 550,80 | 578,34 | 578,34 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 15 | Anagrelidum | Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg | 100 szt. | 05909991354503 | 2021-05-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 1101,60 | 1156,68 | 1156,68 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 16 | Anagrelidum | Thromboreductin, kaps., 0,5 mg | 100 szt. | 05909990670154 | 2022-01-01 | 3 lata | 1053.0, Anagrelidum | 486,00 | 510,30 | 510,30 | C.72. | bezpłatny | 0 zł |
| 17 | Aprepitantum | Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991400576 | 2020-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 84,24 | 88,45 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 18 | Aprepitantum | Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991352547 | 2020-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 81,54 | 85,62 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 19 | Aprepitantum | Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991360818 | 2019-11-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 95,04 | 99,79 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 20 | Aprepitantum | Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991412715 | 2021-05-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 59,40 | 62,37 | 62,37 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 21 | Aprepitantum | Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909991383169 | 2019-09-01 | 3 lata | 1114.0, Aprepitant | 64,80 | 68,04 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 22 | Aprepitantum | Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg | 3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg) | 05909990007387 | 2020-09-01 | 5 lat | 1114.0, Aprepitant | 64,80 | 68,04 | 68,04 | C.0.12. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------------|---|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 23 | Arsenii trioxidum | Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 10 fiolek | 05055565763643 | 2020-11-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1109.0, Trójtlenek arsenu | 7290,00 | 7654,50 | 7560,00 | <1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Arsenii trioxidum | Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 10 fiolek po 6 ml | 05909991404406 | 2022-03-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1109.0, Trójtlenek arsenu | 8640,00 | 9072,00 | 9072,00 | <1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | Azacididine | Azacididine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05901797710859 | 2021-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 537,84 | 564,73 | 564,73 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 26 | Azacidinum | Azacididine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05055565758359 | 2020-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 631,80 | 663,39 | 663,39 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 27 | Azacidinum | Azacididine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909991452001 | 2021-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 518,40 | 544,32 | 544,32 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 28 | Azacidinum | Azacididine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 150 mg | 05909991451998 | 2021-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 777,60 | 816,48 | 816,48 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 29 | Azacidinum | Azacididine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg | 1 fiol. | 07613421045159 | 2021-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 516,24 | 542,05 | 542,05 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 30 | Azacidinum | Vidaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909990682706 | 2019-11-01 | 3 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 1100,79 | 1155,83 | 663,39 | C.69.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 31 | Azacidinum | Zassida, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml | 1 fiol. a 100 mg | 05909991454845 | 2022-01-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna | 421,20 | 442,26 | 442,26 | <1>C.69.a.; <2>C.69.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 32 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek.po 100 mg | 05909991198183 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 1566,00 | 1644,30 | 1644,30 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 33 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek.po 25 mg | 05909991198145 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 391,50 | 411,08 | 411,08 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 34 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek. (100 mg) | 05902020241508 | 2020-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 2484,00 | 2608,20 | 1644,30 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 35 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek. (25 mg) | 05902020241492 | 2020-09-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 621,00 | 652,05 | 411,08 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 36 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek.po 100 mg | 05909991267285 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 838,08 | 879,98 | 879,98 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 37 | Bendamustini hydrochloridum | Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml | 5 fiolek.po 25 mg | 05909991267292 | 2022-01-01 | 3 lata | 1115.0, Bendamustyna | 209,52 | 220,00 | 220,00 | C.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 38 | Bevacizumabum | Alymssys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 08436596260047 | 2021-09-01 | <1><3>3 lata/<2>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1987,20 | 2086,56 | 2086,56 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------|---|----------------------|--|---|------------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 39 | Bevacizumabum | Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08436596260030 | 2021-09-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 496,80 | 521,64 | 521,64 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 40 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990010486 | <1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2021-07-01 | <1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1171,80 | 1230,39 | 521,64 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 41 | Bevacizumabum | Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990010493 | <1>2021-03-01/<2>2021-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 4687,20 | 4921,56 | 2086,56 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d. | bezpłatny | 0 zł |
| 42 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 08715131021870 | <1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01 | <1><3>3 lata/<2>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 2165,83 | 2274,12 | 2086,56 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 43 | Bevacizumabum | Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 08715131021863 | <1><3>2021-01-01/<2>2021-09-01/<4>2021-07-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 541,46 | 568,53 | 521,64 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 44 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05909991451349 | 2022-03-01 | <1><3>3 lata/<2>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1825,20 | 1916,46 | 1916,46 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 45 | Bevacizumabum | Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05909991451332 | 2022-03-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 456,30 | 479,12 | 479,12 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 46 | Bevacizumabum | Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05415062349342 | 2021-03-01 | 3 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 2181,60 | 2290,68 | 2086,56 | C.82.a.; C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Bevacizumabum | Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05415062349359 | <1><2>2021-03-01/<3>2021-07-01 | <1><2>3 lata/<3>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 545,40 | 572,67 | 521,64 | <1>C.82.a.; <2>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 48 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 16 ml | 05901797710989 | 2021-11-01 | <1><3>3 lata/<2>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 1900,80 | 1995,84 | 1995,84 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Bewacyzumab | Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol.a 4 ml | 05901797710972 | 2021-11-01 | <1><3>3 lata/<2><4>2 lata | 1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab | 475,20 | 498,96 | 498,96 | <1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | Bicalutamidum | Bicalutamide Accord, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990851188 | 2022-07-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 18,36 | 19,28 | 19,28 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 51 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powł., 150 mg | 28 szt. | 05909990697427 | 2022-05-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 146,88 | 154,22 | 154,22 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Bicalutamidum | Binabic, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990696963 | 2019-11-01 | 3 lata | 1002.0, Bicalutamidum | 51,30 | 53,87 | 51,41 | C.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | Bleomycini sulphas | Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę | 1 fiol.po 10 ml | 05909990946983 | 2022-07-01 | 3 lata | 1003.0, Bleomycinum | 97,20 | 102,06 | 102,06 | C.3. | bezpłatny | 0 zł |
| 54 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. 6 ml | 05055565749142 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 249,48 | 261,95 | 194,40 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 55 | Bortezomibum | Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05055565718339 | 2021-09-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 648,00 | 680,40 | 680,40 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 56 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05906414000771 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 301,32 | 316,39 | 194,40 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 57 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg | 1 fiol. | 05900411003193 | 2020-03-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 623,70 | 654,89 | 486,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|---|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 58 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05906414000788 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 1020,60 | 1071,63 | 680,40 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 59 | Bortezomibum | Bortezomib Aurovitas, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991451813 | 2022-07-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 211,46 | 222,03 | 222,03 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 60 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05902020241461 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 172,80 | 181,44 | 181,44 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 61 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05902020241478 | 2021-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 604,80 | 635,04 | 635,04 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 62 | Bortezomibum | Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909991382124 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 172,80 | 181,44 | 181,44 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 63 | Bortezomibum | Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991382131 | 2020-01-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 64 | Bortezomibum | Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 05909991351762 | 2019-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 65 | Bortezomibum | Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. proszku | 05909991250829 | <1>2020-01-01/<2>2021-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1054.0, Bortezomib | 131,76 | 138,35 | 138,35 | <1>C.76.; <2>C.76.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Bortezomibum | Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. proszku | 05909991250812 | <1>2020-01-01/<2>2021-03-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1054.0, Bortezomib | 211,68 | 222,26 | 222,26 | <1>C.76.; <2>C.76.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Busulfanum | Myleran, tabl. powł., 2 mg | 100 szt. | 05909990277926 | 2022-07-01 | 3 lata | 1101.0, Busulfanum | 356,40 | 374,22 | 374,22 | C.4. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 05907626707564 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 20,52 | 21,55 | 21,55 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 05907626707601 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 70 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05907626707571 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 35,64 | 37,42 | 37,42 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 71 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 35 ml | 05907626707588 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 62,37 | 65,49 | 65,49 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 72 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05907626707540 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 10,26 | 10,77 | 10,77 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 73 | Calcii folinas | Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 05907626707595 | 2017-09-01 | 5 lat | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 81,00 | 85,05 | 85,05 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | Calcii folinas | Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg | 20 szt. | 05909990356713 | 2019-11-01 | 3 lata | 1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego | 21,60 | 22,68 | 22,68 | C.0.02. | bezpłatny | 0 zł |
| 75 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg | 60 szt. | 05055565707531 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 74,52 | 78,25 | 67,19 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 76 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg | 60 szt. | 05055565709153 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 149,04 | 156,49 | 134,38 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 77 | Capecitabinum | Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05055565707548 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 432,00 | 453,60 | 447,93 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 78 | Capecitabinum | Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 150 mg | 60 szt. | 05909991004736 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 63,99 | 67,19 | 67,19 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 79 | Capecitabinum | Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05909991004699 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 426,60 | 447,93 | 447,93 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|---|-----------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 80 | Capecitabinum | Ecansya, tabl. powł., 150 mg | 60 szt. | 05909991011079 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 86,40 | 90,72 | 67,19 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 81 | Capecitabinum | Ecansya, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05909991011239 | <1>2022-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01 | 3 lata | 1006.0, Capecitabinum | 576,00 | 604,80 | 447,93 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 82 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 100 ml | 05909990816194 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 257,04 | 269,89 | 269,89 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 83 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 15 ml | 05909990816163 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 39,96 | 41,96 | 41,96 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 84 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 45 ml | 05909990816170 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 102,06 | 107,16 | 107,16 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 85 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 5 ml | 05909990816156 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 18,25 | 19,16 | 19,16 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 86 | Carboplatinum | Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 60 ml | 05909990816187 | 2021-05-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 170,64 | 179,17 | 179,17 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 87 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909990450015 | 2017-09-01 | 5 lat | 1005.0, Carboplatinum | 24,62 | 25,85 | 25,85 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 88 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 15 ml | 05909990450022 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 45,90 | 48,20 | 48,20 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 89 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 45 ml | 05909990450039 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 139,32 | 146,29 | 146,29 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 90 | Carboplatinum | Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 60 ml | 05909990662753 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 186,84 | 196,18 | 196,18 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 91 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 15 ml | 05909990776733 | 2021-03-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 36,72 | 38,56 | 38,56 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 92 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. a 45 ml | 05909990776740 | 2021-03-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 104,76 | 110,00 | 110,00 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 93 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 5 ml | 05909990776726 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 12,74 | 13,38 | 13,38 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 94 | Carboplatinum | Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. po 60 ml | 05909990851058 | 2022-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 131,76 | 138,35 | 138,35 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 95 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. po 15 ml | 05909990477425 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 41,90 | 44,00 | 44,00 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 96 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. po 45 ml | 05909990477432 | 2022-01-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 102,06 | 107,16 | 107,16 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 97 | Carboplatinum | Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml | 1 fiol. po 5 ml | 05909990477418 | 2022-07-01 | 3 lata | 1005.0, Carboplatinum | 24,84 | 26,08 | 26,08 | C.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 98 | Chlorambucilum | Leukeran, tabl. powł., 2 mg | 25 szt. | 05909990345618 | 2022-07-01 | 3 lata | 1099.0, Chlorambucilum | 76,68 | 80,51 | 80,51 | C.8. | bezpłatny | 0 zł |
| 99 | Ciclosporinum | Sandimmun, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml | 10 amp. po 1 ml | 05909990119813 | 2022-01-01 | 3 lata | 1007.0, Ciclosporinum | 118,80 | 124,74 | 124,74 | C.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 100 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990958535 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 71,28 | 74,84 | 74,84 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 101 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. po 10 ml | 05909990958481 | 2019-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 9,03 | 9,48 | 9,48 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|------------------------|---|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 102 | Cisplatinum | Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990958504 | 2019-11-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 42,12 | 44,23 | 44,23 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 103 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990838745 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 6,26 | 6,57 | 6,57 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 104 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990894772 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 62,64 | 65,77 | 65,77 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 105 | Cisplatinum | Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990838769 | 2021-03-01 | 3 lata | 1008.0, Cisplatinum | 31,32 | 32,89 | 32,89 | C.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 106 | Cladribinum | Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990713417 | 2022-07-01 | 3 lata | 1009.0, Cladribinum | 493,34 | 518,01 | 518,01 | C.12. | bezpłatny | 0 zł |
| 107 | Clofarabinum | Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991385569 | 2022-07-01 | 3 lata | 1111.0, Klofarabina | 2656,80 | 2789,64 | 2789,64 | C.66.a.; C.66.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 108 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg | 1 fiol. | 05909990241019 | 2022-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 54,96 | 57,71 | 57,71 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 109 | Cyclophosphamidum | Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg | 1 fiol. | 05909990240913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1010.1, Cyclophosphamidum inj. | 14,58 | 15,31 | 11,54 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | Cyclophosphamidum | Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990240814 | 2022-01-01 | 3 lata | 1010.2, Cyclophosphamidum p.o. | 72,52 | 76,15 | 76,15 | C.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990640188 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 8,42 | 8,84 | 8,84 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 112 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990181216 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 42,12 | 44,23 | 44,23 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990181223 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 84,24 | 88,45 | 88,45 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 114 | Cytarabinum | Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990624935 | 2022-01-01 | 3 lata | 1011.1, Cytarabinum | 168,48 | 176,90 | 176,90 | C.14. | bezpłatny | 0 zł |
| 115 | Dacarbazinum | Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg | 10 fiol.po 100 mg | 05909991029500 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 151,20 | 158,76 | 158,76 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 116 | Dacarbazinum | Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 1000 mg | 05909991029807 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 151,20 | 158,76 | 158,76 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 117 | Dacarbazinum | Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg | 10 fiol.po 200 mg | 05909991029609 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 302,40 | 317,52 | 317,52 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 118 | Dacarbazinum | Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 500 mg | 05909991029708 | 2021-07-01 | 3 lata | 1012.0, Dacarbazinum | 75,60 | 79,38 | 79,38 | C.16. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | 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 erythropoezę - darbepoetyna | 2771,17 | 2909,73 | 2909,73 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | Darbepoetinum alfa | Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 1 wstrz.po 1 ml | 05909990340330 | 2021-07-01 | 3 lata | 1043.1, czynniki stymulujące erythropoezę - darbepoetyna | 2771,17 | 2909,73 | 2909,73 | C.0.03. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | Dexamethasoni phosphas | Demezón, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml | 1 amp. 2,5 ml | 05907464420755 | 2020-09-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań | 14,58 | 15,31 | 15,31 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 122 | Dexamethasoni phosphas | Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml | 5 amp. 1 ml | 05907464420700 | 2021-05-01 | 3 lata | 1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań | 18,36 | 19,28 | 15,31 | C.0.17. | bezpłatny | 0 zł |
| 123 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 16 ml | 05909990850280 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 432,00 | 453,60 | 453,60 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 124 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990777006 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 54,00 | 56,70 | 56,70 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 125 | Docetaxelum | Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990777020 | 2022-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-----------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 126 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990994557 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 32,40 | 34,02 | 34,02 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 127 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990994564 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 128 | Docetaxelum | Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 8 ml | 05909990994601 | 2020-03-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 259,20 | 272,16 | 272,16 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 129 | Doxorubicini hydrochloridum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990471027 | 2022-01-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 36,72 | 38,56 | 38,56 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 130 | Doxorubicini hydrochloridum | Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990471010 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 10,93 | 11,48 | 11,48 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 131 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990429011 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 8,64 | 9,07 | 9,07 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 132 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990614837 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 82,08 | 86,18 | 86,18 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 133 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909990614844 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 164,16 | 172,37 | 172,37 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 134 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 25 ml | 05909990429028 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 41,04 | 43,09 | 43,09 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 135 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990851409 | 2022-07-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 120,96 | 127,01 | 127,01 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 136 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990851386 | 2022-03-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 6,70 | 7,04 | 7,04 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 137 | Doxorubicini hydrochloridum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991141882 | 2021-11-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 61,56 | 64,64 | 64,64 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Doxorubicinum | Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990983018 | 2022-03-01 | 3 lata | 1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum | 1462,86 | 1536,00 | 1536,00 | C.22. | bezpłatny | 0 zł |
| 139 | Doxorubicinum | Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 25 ml | 05909990851393 | 2021-03-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 30,24 | 31,75 | 31,75 | C.20. | bezpłatny | 0 zł |
| 140 | Doxorubicinum | Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg | 2 zest. po 3 fiol. | 05909990213559 | <1>2022-07-01/<2>2021-01-01 | 3 lata | 1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum | 3580,20 | 3759,21 | 3759,21 | <1>C.21.a.; <2>C.21.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 141 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991104344 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 540,00 | 567,00 | 567,00 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 142 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991104320 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 135,00 | 141,75 | 141,75 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 143 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991104313 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 27,00 | 28,35 | 28,35 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 144 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991104337 | 2022-01-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 145 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 25 ml | 05909990796397 | 2022-03-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 124,20 | 130,41 | 130,41 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 146 | Epirubicini hydrochloridum | Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05909990796373 | 2021-11-01 | 3 lata | 1015.0, Epirubicinum | 24,84 | 26,08 | 26,08 | C.23. | bezpłatny | 0 zł |
| 147 | Epoetinum alfa | Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml | 6 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990072477 | 2020-01-01 | 3 lata | 1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę | 648,00 | 680,40 | 680,40 | C.0.04. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---------------------------|---|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 148 | Erlotinibi hydrochloridum | Erlotinib Krka, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 03838989722128 | 2020-11-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 720,00 | 756,00 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 149 | Erlotinibi hydrochloridum | Erlotinib Krka, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 03838989722135 | 2020-11-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909991417680 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 721,08 | 757,13 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 05909991417697 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | Erlotinibum | Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909991417673 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 388,80 | 408,24 | 189,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990334278 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 6588,00 | 6917,40 | 756,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 154 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powł., 150 mg | 30 szt. | 05909990334285 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 8208,00 | 8618,40 | 1134,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 155 | Erlotinibum | Tarceva, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990334261 | 2020-09-01 | 3 lata | 1085.0, Erlotinib | 1965,60 | 2063,88 | 189,00 | C.81. | bezpłatny | 0 zł |
| 156 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 5 ml | 05909990776115 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 20,52 | 21,55 | 21,55 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 157 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05909990776214 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 41,04 | 43,09 | 43,09 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 158 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990776313 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 82,08 | 86,18 | 86,18 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 159 | Etoposidum | Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg | 1 fiol.po 2,5 ml | 05909990776016 | 2022-07-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 12,31 | 12,93 | 12,93 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 160 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991233297 | 2022-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 30,13 | 31,64 | 31,64 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 161 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909991233303 | 2022-05-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 60,37 | 63,39 | 63,39 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 162 | Etoposidum | Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909991198121 | 2020-03-01 | 3 lata | 1016.0, Etoposidum | 11,88 | 12,47 | 12,47 | C.24. | bezpłatny | 0 zł |
| 163 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713846 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 57,24 | 60,10 | 58,32 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 164 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713860 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 286,20 | 300,51 | 291,60 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 165 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz. | 05055565713853 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 91,58 | 96,16 | 93,31 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 166 | Filgrastimum | Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05055565713877 | 2018-01-01 | 5 lat | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 457,92 | 480,82 | 466,56 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 167 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687763 | 2022-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 81,32 | 85,39 | 58,32 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 168 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687787 | 2021-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 219,45 | 230,42 | 230,42 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 169 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990687800 | 2022-01-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 115,52 | 121,30 | 93,31 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 170 | Filgrastimum | Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml | 5 amp.-strz. | 05909990687848 | 2021-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 351,17 | 368,73 | 368,73 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 171 | Fludarabini phosphas | Fludara Oral, tabl. powł., 10 mg | 20 szt. | 05909991183325 | 2022-07-01 | 3 lata | 1017.2, Fludarabinum p.o. | 1554,12 | 1631,83 | 1631,83 | C.25. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|----------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 172 | Fluorouracilum | 5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg | 1 fiol.po 20 ml | 05909990450633 | 2022-07-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 14,57 | 15,30 | 15,20 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 173 | Fluorouracilum | 5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 100 ml | 05909990336258 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 72,36 | 75,98 | 75,98 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 174 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990774784 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 6,05 | 6,35 | 6,35 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 175 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 100 ml | 05909990774807 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 60,48 | 63,50 | 63,50 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 176 | Fluorouracilum | Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990774791 | 2021-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 12,10 | 12,71 | 12,71 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990477814 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 7,45 | 7,82 | 7,60 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 178 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909990478019 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 72,36 | 75,98 | 75,98 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 179 | Fluorouracilum | Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990477913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 14,36 | 15,08 | 15,08 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 180 | 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 | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 181 | Fulvestrantum | Fulvestrant Glenmark, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991441777 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 603,72 | 633,91 | 633,91 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 182 | Fulvestrantum | Fulvestrant Mylan, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05901797710026 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 183 | 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 | 614,52 | 645,25 | 645,25 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 184 | Fulvestrantum | Fulvestrant Sandoz, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991250683 | 2021-05-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 621,00 | 652,05 | 652,05 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 185 | Fulvestrantum | Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991422189 | 2021-09-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 507,60 | 532,98 | 532,98 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 186 | 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 | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 187 | Fulvestrantum | Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły | 05909991317331 | 2021-01-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 777,60 | 816,48 | 652,05 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 188 | Fulvestrantum | Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 1 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem | 05901812161871 | 2022-03-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 253,80 | 266,49 | 266,49 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 189 | Fulvestrantum | Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem | 05901812161888 | 2022-03-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 507,60 | 532,98 | 532,98 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Fulvestrantum | Fulvestrant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml | 2 amp.-strz.po 5 ml | 05909991441562 | 2021-07-01 | 3 lata | 1019.0, Fulvestrant | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | 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 | 516,24 | 542,05 | 542,05 | C.27. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Gefitynibum | Gefitinib Accord, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 05909991400781 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Gefitynibum | Gefitinib Alvogen, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 05350586001683 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--|--|----------------------|--|--|-----------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 194 | Gefitynibum | Gefitinib Genoptim, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 05909991385651 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | Gefitynibum | Gefitinib Krka, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 03837000183290 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 196 | Gefitynibum | Gefitinib Mylan, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 05901797710439 | 2019-09-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1350,00 | 1417,50 | 1360,80 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 197 | Gefitynibum | Gefitinib Sandoz, tabl. powł., 250 mg | 30 szt. | 07613421021696 | 2019-11-01 | 3 lata | 1087.0, Gefitynibum | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.80. | bezpłatny | 0 zł |
| 198 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990976089 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 81,00 | 85,05 | 85,05 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 199 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990976072 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 17,82 | 18,71 | 18,71 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 200 | Gemcitabinum | Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990976102 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 201 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990871032 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 102,60 | 107,73 | 107,73 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 202 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990870998 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 27,00 | 28,35 | 28,35 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 203 | Gemcitabinum | Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990871049 | 2022-01-01 | 3 lata | 1020.0, Gemcitabinum | 205,20 | 215,46 | 215,46 | C.28. | bezpłatny | 0 zł |
| 204 | Hydroxycarbamidum | Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg | 100 kaps. w butelce | 05909990836758 | 2022-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 72,90 | 76,55 | 76,55 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 205 | Hydroxycarbamidum | Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg | 100 szt. | 05909990944927 | 2022-01-01 | 3 lata | 1021.0, Hydroxycarbamidum | 86,12 | 90,43 | 90,43 | C.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 206 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05415062342206 | 2021-07-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 658,45 | 691,37 | 691,37 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 207 | Idarubicini hydrochloridum | Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05415062342190 | 2021-07-01 | 3 lata | 1022.0, Idarubicinum | 352,87 | 370,51 | 345,69 | C.30. | bezpłatny | 0 zł |
| 208 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g | 1 fiol. | 05909990241118 | 2022-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 120,42 | 126,44 | 126,44 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 209 | Ifosfamidum | Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g | 1 fiol. | 05909990241217 | 2022-07-01 | 3 lata | 1023.0, Ifosfamidum | 217,62 | 228,50 | 228,50 | C.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 210 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05055565726983 | <1>2020-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 216,00 | 226,80 | 226,80 | <1>C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 211 | Imatinibum | Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05055565726990 | <1>2020-09-01/<2>2022-03-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 432,00 | 453,60 | 453,60 | <1>C.70.a.; C.70.b.; C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 212 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powł., 100 mg | 60 szt. | 05909991053895 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 302,40 | 317,52 | 311,85 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | Imatinibum | Meaxin, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909991053963 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 604,80 | 635,04 | 623,70 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 100 mg | 60 szt. | 05909991051181 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 297,00 | 311,85 | 311,85 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 215 | Imatinibum | Nibix, kaps. twarde, 400 mg | 30 szt. | 05909991051259 | <1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01 | 3 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 594,00 | 623,70 | 623,70 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 216 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05055565731345 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 162,00 | 170,10 | 170,10 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 217 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05055565731321 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 21,60 | 22,68 | 22,68 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|---|---|--|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 218 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05055565731352 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 270,00 | 283,50 | 283,50 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 219 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05055565731338 | 2022-03-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 54,00 | 56,70 | 56,70 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 220 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 15 ml | 05909990796946 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 137,16 | 144,02 | 144,02 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 221 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990726943 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 20,30 | 21,32 | 21,32 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 222 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990796953 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 223 | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990726950 | 2022-05-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 44,82 | 47,06 | 47,06 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 224 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094614 | <1>2022-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 4447,02 | 4669,37 | 4669,37 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 225 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094416 | <1>2022-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 2676,67 | 2810,50 | 2810,50 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | Lanreotidum | Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909991094515 | <1>2022-01-01/<2>2020-09-01 | 3 lata | 1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd | 3557,83 | 3735,72 | 3735,72 | <1>C.37.a.; <2>C.37.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 227 | Melphalanum | Alkeran, tabl. powł., 2 mg | 25 szt. | 05909990283514 | 2022-07-01 | 3 lata | 1098.0, Melphalanum | 108,00 | 113,40 | 113,40 | C.39. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Mercaptopurinum | Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990186112 | 2022-01-01 | 3 lata | 1027.0, Mercaptopurinum | 26,46 | 27,78 | 27,78 | C.40. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991392086 | 2022-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 150,06 | 157,56 | 157,56 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 230 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp. po 4 ml | 05909991438647 | 2021-05-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 146,88 | 154,22 | 154,22 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 231 | Mesnum | Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 15 amp.po 4 ml | 05909990265831 | 2022-07-01 | 3 lata | 1046.0, Mesnum | 201,10 | 211,16 | 157,56 | C.0.08. | bezpłatny | 0 zł |
| 232 | Methotrexatum | Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990453924 | 2022-07-01 | 3 lata | 1028.3, Methotrexatum p.o | 32,36 | 33,98 | 33,98 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 233 | Methotrexatum | Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990333936 | 2022-01-01 | 3 lata | 1028.2, Methotrexatum inj. | 378,00 | 396,90 | 297,68 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 234 | Methotrexatum | Metotrexat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909991333447 | 2019-09-01 | 3 lata | 1028.2, Methotrexatum inj. | 283,50 | 297,68 | 297,68 | C.41. | bezpłatny | 0 zł |
| 235 | Mitotanium | Lysodren, tabl., 500 mg | 100 szt. | 05909990335237 | 2022-07-01 | 3 lata | 1030.0, Mitotanium | 2662,20 | 2795,31 | 2795,31 | C.43. | bezpłatny | 0 zł |
| 236 | Nelarabinum | Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.a 50 ml | 07613421036027 | 2021-07-01 | 3 lata | 1128.0, Nelarabina | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.73. | bezpłatny | 0 zł |
| 237 | Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum | Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg | 1 szt. | 05909991246563 | <1>2021-01-01/<2>2021-07-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1154.0, Netupitant, palonosetron | 276,48 | 290,30 | 290,30 | <1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 238 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416461 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 560,76 | 588,80 | 588,80 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 239 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416485 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1121,53 | 1177,61 | 1177,59 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|--|--|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 240 | Octreotidum | Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. | 05909991416508 | 2021-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1682,28 | 1766,39 | 1766,39 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 241 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042913 | 2022-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 43,20 | 45,36 | 29,44 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 242 | Octreotidum | Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml | 5 amp.po 1 ml | 05909990042715 | 2022-01-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 32,40 | 34,02 | 14,72 | C.45.a. | bezpłatny | 0 zł |
| 243 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459711 | <1>2022-01-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 560,76 | 588,80 | 588,80 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 244 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459612 | <1>2022-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1121,53 | 1177,61 | 1177,59 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | Octreotidum | Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg | 1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml | 05909990459513 | <1>2022-07-01/<2>2020-11-01 | 3 lata | 1026.0, analogi somatostatyny | 1682,28 | 1766,39 | 1766,39 | <1>C.45.a.; <2>C.45.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 246 | Ondansetronum | Atossa, tabl. powł., 8 mg | 10 szt. | 05909990744510 | 2022-07-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 34,45 | 36,17 | 36,17 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 247 | Ondansetronum | Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 5 amp. po 2 ml | 05909990822225 | 2021-03-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 6,37 | 6,69 | 5,67 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | Ondansetronum | Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml | 5 amp. po 4 ml | 05909990822249 | 2021-03-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 12,74 | 13,38 | 11,34 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 249 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990055197 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 6,37 | 6,69 | 5,67 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 250 | Ondansetronum | Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml | 5 amp.po 4 ml | 05909990055234 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.1, ondansetronum inj. | 10,80 | 11,34 | 11,34 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | Ondansetronum | Setronon, tabl. powł., 8 mg | 10 szt. | 05909990994717 | 2022-07-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 34,45 | 36,17 | 36,17 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 252 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powł., 4 mg | 10 szt. | 05909990001811 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 30,78 | 32,32 | 32,32 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 253 | Ondansetronum | Zofran, tabl. powł., 8 mg | 10 szt. | 05909990001910 | 2022-01-01 | 3 lata | 1047.2, ondansetronum p.o. | 49,57 | 52,05 | 52,05 | C.0.09. | bezpłatny | 0 zł |
| 254 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990798247 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 30,78 | 32,32 | 32,32 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 255 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 20 ml | 05909990798254 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 61,56 | 64,64 | 64,64 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 256 | Oxaliplatinum | Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol.po 40 ml | 05909990827381 | <1>2022-01-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 123,12 | 129,28 | 129,28 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 257 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990796151 | <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 31,86 | 33,45 | 32,32 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 258 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 20 ml | 05909990796168 | <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 63,72 | 66,91 | 64,64 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 259 | Oxaliplatinum | Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml | 1 fiol. a 40 ml | 05909990827206 | <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1031.0, Oxaliplatinum | 127,44 | 133,81 | 129,28 | <1>C.46.; <2>C.46.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 260 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990874361 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 50,44 | 52,96 | 52,96 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 261 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990874385 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 67,39 | 70,76 | 70,76 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990874347 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 25,38 | 26,65 | 26,65 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 263 | Paclitaxelum | Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990874408 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 135,00 | 141,75 | 141,75 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 264 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 16,7 ml | 05909990018390 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 108,00 | 113,40 | 113,40 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 265 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909990018406 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 145,80 | 153,09 | 153,09 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990018383 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 32,40 | 34,02 | 34,02 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 267 | Paclitaxelum | Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 05909990018420 | 2022-01-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 324,00 | 340,20 | 340,20 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 268 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 16,7 ml | 05909990840274 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 48,60 | 51,03 | 51,03 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 269 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 5 ml | 05909990840267 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 14,58 | 15,31 | 15,31 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 270 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol. a 50 ml | 05909990840281 | 2021-03-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 145,80 | 153,09 | 153,09 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 271 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 05909991037093 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 259,20 | 272,16 | 272,16 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 272 | Paclitaxelum | Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 05909991037086 | 2022-07-01 | 3 lata | 1032.0, Paclitaxelum | 72,90 | 76,55 | 76,55 | C.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 273 | Pegaspargasum | Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml | 1 fiol. proszku | 00642621070989 | 2021-05-01 | 2 lata | 1033.0, Pegaspargasum | 7203,06 | 7563,21 | 7563,21 | C.48. | bezpłatny | 0 zł |
| 274 | Pegfilgrastimum | Grasustek, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 04260582610011 | 2020-09-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1620,00 | 1701,00 | 1360,80 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 275 | Pegfilgrastimum | Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 05055565748640 | 2021-11-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1296,00 | 1360,80 | 1360,80 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 276 | Pegfilgrastimum | Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml | 1 amp.-strzyk. | 05907626708905 | 2022-03-01 | 3 lata | 1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę | 1836,00 | 1927,80 | 1360,80 | C.0.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 277 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984718 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 534,79 | 561,53 | 561,53 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 278 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05909990984817 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 707,99 | 743,39 | 743,39 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 279 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła) | 05902768001013 | 2022-03-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1074.1, Peginterferonum alfa 2a | 348,32 | 365,74 | 365,74 | <2>C.79.a.; <3>C.79.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 280 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289362 | 2020-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 281 | Pemetreksedum | Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. proszku | 05909991289379 | 2020-03-01 | 3 lata | 1034.0, Pemetreksed | 648,00 | 680,40 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 282 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiolka 20 ml | 05055565768969 | 2021-11-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 647,95 | 680,35 | 680,35 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 283 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiolka 4 ml | 05055565768952 | 2021-11-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 129,59 | 136,07 | 136,07 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 284 | Pemetreksedum | Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiolka 40 ml | 05055565768976 | 2021-11-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1295,89 | 1360,68 | 1360,68 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|---|-----------------------------------|--|---|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 285 | Pemetreksedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 05909991289393 | 2020-09-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 286,20 | 300,51 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 286 | Pemetreksedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol. | 05909991289409 | 2020-09-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1501,20 | 1576,26 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 287 | Pemetreksedum | Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol.po 10 ml | 05907626706079 | 2022-05-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 280,80 | 294,84 | 136,08 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 288 | Pemetreksedum | Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05907626706086 | 2022-03-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1501,20 | 1576,26 | 680,40 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 05909991444174 | 2022-01-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 647,95 | 680,35 | 680,35 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 290 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 05909991444167 | 2022-01-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 129,59 | 136,07 | 136,07 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 291 | Pemetrexedum | Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 05909991444181 | 2022-01-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1295,89 | 1360,68 | 1360,68 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 292 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 20 ml | 07613421047023 | 2022-03-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 646,92 | 679,27 | 679,27 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 293 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 07613421047016 | 2022-03-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 128,52 | 134,95 | 134,95 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 294 | Pemetrexedum | Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 40 ml | 07613421047030 | 2022-03-01 | 2 lata | 1034.0, Pemetreksed | 1294,92 | 1359,67 | 1359,67 | C.49. | bezpłatny | 0 zł |
| 295 | Plerixaforum | Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1,2 ml | 05909990728473 | 2021-07-01 | 3 lata | 1126.0, Pleryksafor | 18856,80 | 19799,64 | 19799,64 | C.71. | bezpłatny | 0 zł |
| 296 | Posaconazolium | Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909990335244 | <1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2020-09-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 2503,09 | 2628,24 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 297 | Posaconazolium | Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05055565754351 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 680,40 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 298 | Posaconazolium | Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 08595112678152 | 2020-11-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 734,40 | 771,12 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 299 | Posaconazolium | Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05901797710743 | 2020-03-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 648,00 | 680,40 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 300 | Posaconazolium | Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 07613421033408 | 2020-03-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 907,20 | 952,56 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 301 | Posaconazolium | Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991368562 | 2020-09-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 646,92 | 679,27 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 302 | Posaconazolium | Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml | 105 ml | 05909991422059 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol | 646,92 | 679,27 | 679,27 | <1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 303 | Rasburicasum | Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml | 3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.) | 05909990943111 | 2022-01-01 | 3 lata | 1048.0, Rasburicasum | 690,12 | 724,63 | 724,63 | C.0.11. | bezpłatny | 0 zł |
| 304 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05996537003155 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1151,41 | 1208,98 | 1087,51 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 305 | Rituximabum | Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05996537002158 | 2019-09-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2878,52 | 3022,45 | 2718,77 | <2>C.51. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 306 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 05909990418817 | <1><3>2022-07-01/<2>2019-09-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2444,04 | 2566,24 | 1087,51 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 307 | Rituximabum | MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 05909990418824 | <1><3>2022-07-01/<2>2019-09-01 | <1><3>2 lata/<2>3 lata | 1035.0, Rituximabum | 6111,72 | 6417,31 | 2718,77 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 308 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg | 2 fiol.po 10 ml | 07613421032975 | <1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 1035,72 | 1087,51 | 1087,51 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 309 | Rituximabum | Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg | 1 fiol.po 50 ml | 07613421032982 | <1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01 | 3 lata | 1035.0, Rituximabum | 2589,30 | 2718,77 | 2718,77 | <3>C.51. | bezpłatny | 0 zł |
| 310 | Tamoxifenum | Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990775316 | 2022-01-01 | 3 lata | 1036.0, Tamoxifenum | 9,83 | 10,32 | 10,32 | C.52. | bezpłatny | 0 zł |
| 311 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719350 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 312 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719367 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 324,00 | 340,20 | 330,75 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 313 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719374 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 432,00 | 453,60 | 425,25 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 314 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719343 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 43,20 | 45,36 | 45,36 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 315 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719381 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 594,00 | 623,70 | 590,63 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 316 | Temozolomidum | Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg | 5 szt. (saszetka) | 05055565719336 | 2021-09-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 10,80 | 11,34 | 11,34 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 317 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg | 5 szt. | 05909991438449 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 225,00 | 236,25 | 236,25 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 318 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg | 5 szt. | 05909991438456 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 315,00 | 330,75 | 330,75 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 319 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg | 5 szt. | 05909991438463 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 405,00 | 425,25 | 425,25 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 320 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg | 5 szt. | 05909991438432 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 45,00 | 47,25 | 47,25 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 321 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg | 5 szt. | 05909991438470 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 562,50 | 590,63 | 590,63 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | Temozolomidum | Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg | 5 szt. | 05909991438401 | 2022-01-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 11,25 | 11,81 | 11,81 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 323 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg | 5 szt. | 05909991288006 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 183,60 | 192,78 | 192,78 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 324 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg | 5 szt. | 05909991288037 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 257,04 | 269,89 | 269,89 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 325 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg | 5 szt. | 05909991288068 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 330,48 | 347,00 | 347,00 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 326 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg | 5 szt. | 05909991287979 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 36,72 | 38,56 | 38,56 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 327 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg | 5 szt. | 05909991288099 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 459,00 | 481,95 | 481,95 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 328 | Temozolomidum | Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg | 5 szt. | 05909991287948 | 2021-11-01 | 3 lata | 1080.0, Temozolomidum | 9,18 | 9,64 | 9,64 | C.64. | bezpłatny | 0 zł |
| 329 | Tioguaninum | Lanvis, tabl., 40 mg | 25 szt. | 05909990185214 | 2022-07-01 | 3 lata | 1100.0, Tioguaninum | 401,76 | 421,85 | 421,85 | C.56. | bezpłatny | 0 zł |
| 330 | Topotecanum | Hycamtin, kaps. twarde, 0,25 mg | 10 szt. | 05909990643134 | 2021-09-01 | 3 lata | 1038.2, Topotecanum p.o. | 386,10 | 405,41 | 405,41 | C.57.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 331 | Topotecanum | Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg | 10 szt. | 05909990643141 | 2021-09-01 | 3 lata | 1038.2, Topotecanum p.o. | 1458,00 | 1530,90 | 1530,90 | C.57.1. | bezpłatny | 0 zł |
| 332 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990924660 | 2022-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 70,20 | 73,71 | 73,71 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 333 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 2 ml | 05909990924677 | 2022-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 140,40 | 147,42 | 147,42 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena hurtowa brutto | Wysokość limitu finansowania | Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|-----|--------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|---------------------|------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 334 | Topotecanum | Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 05909990924684 | 2022-07-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 280,80 | 294,84 | 294,84 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 1 ml | 05909990984756 | 2021-03-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 70,20 | 73,71 | 73,71 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Topotecanum | Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml | 1 fiol. a 4 ml | 05909990984770 | 2021-03-01 | 3 lata | 1038.1, Topotecanum inj. | 280,80 | 294,84 | 294,84 | C.57.2. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990669493 | 2022-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 24,79 | 26,03 | 26,03 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 338 | Vincristini sulfas | Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml | 1 fiol.po 5 ml | 05909990669523 | 2022-07-01 | 3 lata | 1041.0, Vincristinum | 123,93 | 130,13 | 130,13 | C.61. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 amp. 1 ml | 05909990173617 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 486,86 | 511,20 | 226,80 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 340 | Vinorelbinum | Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 amp. 5 ml | 05909990173624 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 2434,32 | 2556,04 | 1134,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 341 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg | 1 szt. | 05909990945016 | 2022-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 169,35 | 177,82 | 136,08 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 342 | Vinorelbinum | Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg | 1 szt. | 05909990945115 | 2022-07-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 254,03 | 266,73 | 204,12 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 343 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 1 ml | 05909990573325 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 216,00 | 226,80 | 226,80 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 344 | Vinorelbinum | Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 10 fiol.po 5 ml | 05909990573349 | 2022-01-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 345 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 1 ml | 05909990668045 | 2021-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 32,40 | 34,02 | 22,68 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Vinorelbinum | Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.a 5 ml | 05909990668052 | 2021-07-01 | 3 lata | 1042.1, Vinorelbinum inj | 162,00 | 170,10 | 113,40 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 1 ml | 05909991314439 | 2017-09-01 | 5 lat | 1042.1, Vinorelbinum inj | 21,60 | 22,68 | 22,68 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Vinorelbinum | Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol. 5 ml | 05909991314446 | 2017-09-01 | 5 lat | 1042.1, Vinorelbinum inj | 108,00 | 113,40 | 113,40 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 20 mg | 1 kaps. | 05909991402365 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 129,60 | 136,08 | 136,08 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 30 mg | 1 kaps. | 05909991402389 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 194,40 | 204,12 | 204,12 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 351 | Vinorelbinum | Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 80 mg | 1 kaps. | 05909991402402 | 2019-09-01 | 3 lata | 1042.2, Vinorelbinum p.o. | 518,40 | 544,32 | 544,32 | C.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 352 | Voriconazolium | Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg | 20 szt. | 05909991063177 | 2019-09-01 | 3 lata | 1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazololu - worykonazol | 135,79 | 142,58 | 124,74 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 353 | Voriconazolium | Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 0505556731536 | 2021-01-01 | 3 lata | 1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazololu - worykonazol | 178,20 | 187,11 | 187,11 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | ACIDUM LEVOFOLINICUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|-----|---|---|
| 1 | CALCII FOLINAS | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|-----|--|---|
| 1 | DARBEPOETIN ALFA | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1 | DARBEPOETIN ALFA | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 2 | DARBEPOETIN ALFA | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 3 | DARBEPOETIN ALFA | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 4 | DARBEPOETIN ALFA | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 5 | DARBEPOETIN ALFA | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 6 | DARBEPOETIN ALFA | 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 | DARBEPOETIN ALFA | 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 | DARBEPOEIN ALFA | D46.9 | ZESPÓŁ 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 | EPOETINUM ALPHA | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1 | EPOETINUM ALPHA | D46 | ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 2 | EPOETINUM ALPHA | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 3 | EPOETINUM ALPHA | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 4 | EPOETINUM ALPHA | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 5 | EPOETINUM ALPHA | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i> |
| 6 | EPOETINUM ALPHA | 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 | EPOETINUM ALPHA | 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.0.05.

EPOETINUM BETA

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|----|---|---|
| 1 | EPOETINUM BETA | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|----|---|---|
| 1 | FILGRASTIMUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.08.

MESNUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|-----|---|---|
| 1 | MESNUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|-----|---|---|
| 1 | ONDANSETRONUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|--|---|
| 1. | PEGFILGRASTIMUM | SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB 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 MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI |

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

| Lp | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|----|---|---|
| 1 | RASBURICASUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|--|
| 1 | APREPITANTUM | WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M ² – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | POSACONAZOLUM | ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH |

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | POSACONAZOLUM | – OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; |

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | POSACONAZOLUM | <p>OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII <p>CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII <p>NOWOTWORYLITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | VORICONAZOLUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|--|
| 1 | NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM | NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M ² – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM | WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA |

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | DEXAMETHASONI PHOSPHAS | PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM |

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--------------------------------------|
| 1 | BICALUTAMIDUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | BLEOMYCIN SULPHATE | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | BLEOMYCIN SULPHATE | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | BLEOMYCIN SULPHATE | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 20 | BLEOMYCIN SULPHATE | C03 | 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 | BLEO MYCIN SULPHATE | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | BLEO MYCIN SULPHATE | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | BLEO MYCIN SULPHATE | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | BLEO MYCIN SULPHATE | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | BLEO MYCIN SULPHATE | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | BLEO MYCIN SULPHATE | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | BLEO MYCIN SULPHATE | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | BLEO MYCIN SULPHATE | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | BLEO MYCIN SULPHATE | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | BLEO MYCIN SULPHATE | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | BLEO MYCIN SULPHATE | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | BLEO MYCIN 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 INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | BLEOMYCIN SULPHATE | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | BLEOMYCIN SULPHATE | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | BLEOMYCIN SULPHATE | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU |
| 79 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 80 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 81 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 82 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 83 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 84 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 85 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU |
| 86 | BLEOMYCIN SULPHATE | C15.9 | PRZELYK, 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, ŚRÓDPIERSIA 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 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 114 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 115 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 116 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 117 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 118 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 119 | BLEO MYCIN SULPHATE | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 120 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44 | INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY |
| 121 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.0 | SKÓRA WARGI |
| 122 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.1 | SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 123 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.2 | SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 124 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.3 | SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 125 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.4 | SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI |
| 126 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.5 | SKÓRA TUŁOWIA |
| 127 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.6 | SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 128 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.7 | SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 129 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI |
| 130 | BLEO MYCIN SULPHATE | C44.9 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 131 | BLEO MYCIN SULPHATE | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 132 | BLEO MYCIN SULPHATE | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 133 | BLEO MYCIN SULPHATE | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 134 | BLEO MYCIN SULPHATE | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 135 | BLEO MYCIN 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | BLEOMYCIN SULPHATE | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 230 | BLEOMYCIN SULPHATE | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 231 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 232 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 233 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 234 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 235 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 236 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 237 | BLEOMYCIN SULPHATE | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 238 | BLEOMYCIN SULPHATE | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 239 | BLEOMYCIN SULPHATE | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 240 | BLEOMYCIN SULPHATE | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 241 | BLEOMYCIN SULPHATE | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 242 | BLEOMYCIN SULPHATE | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 243 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 244 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA |
| 245 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 246 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 247 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 248 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 249 | BLEOMYCIN SULPHATE | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 250 | BLEOMYCIN SULPHATE | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 251 | BLEOMYCIN SULPHATE | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 252 | BLEOMYCIN SULPHATE | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 253 | BLEOMYCIN SULPHATE | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPIKAZKA |
| 254 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 255 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 256 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 257 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 258 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 259 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 260 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 261 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 262 | BLEOMYCIN SULPHATE | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 263 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 264 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 265 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 266 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 267 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 268 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 269 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 270 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 271 | BLEOMYCIN SULPHATE | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 272 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 273 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 274 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 275 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 276 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 277 | BLEOMYCIN SULPHATE | C93.9 | BIALACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 278 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94 | INNE BIALACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 279 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIALACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 280 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 281 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.2 | OSTRA BIALACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 282 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.3 | BIALACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 283 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 284 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 285 | BLEOMYCIN SULPHATE | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIALACZKA |
| 286 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95 | BIALACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 287 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95.0 | OSTRA BIALACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 288 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIALACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 289 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95.2 | PODOSTRA BIALACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 290 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95.7 | INNA BIALACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 291 | BLEOMYCIN SULPHATE | C95.9 | BIALACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 292 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 293 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 294 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 295 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 296 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 297 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 298 | BLEOMYCIN SULPHATE | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 299 | BLEOMYCIN SULPHATE | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 300 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 301 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 302 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 303 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 304 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 305 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 306 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 307 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 308 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 309 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 310 | BLEOMYCIN SULPHATE | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 311 | BLEOMYCIN SULPHATE | D39.1 | JAJNIK |
| 312 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 313 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 314 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 315 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 316 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 317 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.4 | OTRZEWNA |
| 318 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.5 | SKÓRA |
| 319 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.6 | SUTEK |
| 320 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 321 | BLEOMYCIN SULPHATE | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 322 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 323 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 324 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 325 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 326 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 327 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH |
| 328 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 329 | BLEOMYCIN SULPHATE | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1 | BUSULFANUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 2 | BUSULFANUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 3 | BUSULFANUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 4 | BUSULFANUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 5 | BUSULFANUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 6 | BUSULFANUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 7 | BUSULFANUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 8 | BUSULFANUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 9 | BUSULFANUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 10 | BUSULFANUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 11 | BUSULFANUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 12 | BUSULFANUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 13 | BUSULFANUM | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 14 | BUSULFANUM | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 15 | BUSULFANUM | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 16 | BUSULFANUM | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW |
| 17 | BUSULFANUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 18 | BUSULFANUM | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 19 | BUSULFANUM | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 20 | BUSULFANUM | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 21 | BUSULFANUM | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 22 | BUSULFANUM | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1 | CAPECITABINUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2 | CAPECITABINUM | C16.0 | WPUST |
| 3 | CAPECITABINUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4 | CAPECITABINUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5 | CAPECITABINUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6 | CAPECITABINUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7 | CAPECITABINUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | CAPECITABINUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9 | CAPECITABINUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10 | CAPECITABINUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11 | CAPECITABINUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 12 | CAPECITABINUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 13 | CAPECITABINUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 14 | CAPECITABINUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 15 | CAPECITABINUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 16 | CAPECITABINUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 17 | CAPECITABINUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 18 | CAPECITABINUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 19 | CAPECITABINUM | C18.7 | ESICA |
| 20 | CAPECITABINUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 21 | CAPECITABINUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 22 | CAPECITABINUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 23 | CAPECITABINUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 24 | CAPECITABINUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 25 | CAPECITABINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 26 | CAPECITABINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 27 | CAPECITABINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 28 | CAPECITABINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 29 | CAPECITABINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 30 | CAPECITABINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 31 | CAPECITABINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 32 | CAPECITABINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 33 | CAPECITABINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 34 | CAPECITABINUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|---|
| 1 | CAPECITABINUM | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 2 | CAPECITABINUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 3 | CAPECITABINUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 4 | CAPECITABINUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 5 | CAPECITABINUM | C25.3 | PRZEWOD TRZUSTKOWY <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 6 | CAPECITABINUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 7 | CAPECITABINUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 8 | CAPECITABINUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |
| 9 | CAPECITABINUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKRESŁONA <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i> |

Załącznik C.5.c.

CAPECITABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|---|
| 1 | CAPECITABINUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |
| 2 | CAPECITABINUM | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |
| 3 | CAPECITABINUM | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |
| 4 | CAPECITABINUM | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |
| 5 | CAPECITABINUM | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |
| 6 | CAPECITABINUM | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i> |

Załącznik C.6.

CARBOPLATINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1. | CARBOPLATINUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | CARBOPLATINUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | CARBOPLATINUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | CARBOPLATINUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | CARBOPLATINUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | CARBOPLATINUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | CARBOPLATINUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | CARBOPLATINUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | CARBOPLATINUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | CARBOPLATINUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | CARBOPLATINUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | CARBOPLATINUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | CARBOPLATINUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | CARBOPLATINUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | CARBOPLATINUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | CARBOPLATINUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | CARBOPLATINUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | CARBOPLATINUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | CARBOPLATINUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 20. | CARBOPLATINUM | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA |
| 21. | CARBOPLATINUM | C03.0 | DZIAŚŁO GÓRNE |
| 22. | CARBOPLATINUM | C03.1 | DZIAŚŁO DOLNE |
| 23. | CARBOPLATINUM | C03.9 | DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | CARBOPLATINUM | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | CARBOPLATINUM | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | CARBOPLATINUM | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | CARBOPLATINUM | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | CARBOPLATINUM | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | CARBOPLATINUM | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | CARBOPLATINUM | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | CARBOPLATINUM | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | CARBOPLATINUM | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | CARBOPLATINUM | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | CARBOPLATINUM | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | CARBOPLATINUM | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | CARBOPLATINUM | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | CARBOPLATINUM | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | CARBOPLATINUM | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | CARBOPLATINUM | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | CARBOPLATINUM | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | CARBOPLATINUM | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | CARBOPLATINUM | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 43. | CARBOPLATINUM | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | CARBOPLATINUM | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | CARBOPLATINUM | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | CARBOPLATINUM | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | CARBOPLATINUM | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | CARBOPLATINUM | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | CARBOPLATINUM | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | CARBOPLATINUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | CARBOPLATINUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | CARBOPLATINUM | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | CARBOPLATINUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | CARBOPLATINUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | CARBOPLATINUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | CARBOPLATINUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | CARBOPLATINUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58. | CARBOPLATINUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | CARBOPLATINUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | CARBOPLATINUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | CARBOPLATINUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | CARBOPLATINUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | CARBOPLATINUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | CARBOPLATINUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | CARBOPLATINUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | CARBOPLATINUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 67. | CARBOPLATINUM | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO |
| 68. | CARBOPLATINUM | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | CARBOPLATINUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | CARBOPLATINUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | CARBOPLATINUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | CARBOPLATINUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | CARBOPLATINUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | CARBOPLATINUM | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | CARBOPLATINUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | CARBOPLATINUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | CARBOPLATINUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | CARBOPLATINUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 79. | CARBOPLATINUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 80. | CARBOPLATINUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią. |
| 81. | CARBOPLATINUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią |
| 82. | CARBOPLATINUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 83. | CARBOPLATINUM | C16.0 | WPUST |
| 84. | CARBOPLATINUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 85. | CARBOPLATINUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 86. | CARBOPLATINUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 87. | CARBOPLATINUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 88. | CARBOPLATINUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 89. | CARBOPLATINUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 90. | CARBOPLATINUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 91. | CARBOPLATINUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 92. | CARBOPLATINUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A CIENKIEGO |
| 93. | CARBOPLATINUM | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 94. | CARBOPLATINUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 95. | CARBOPLATINUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 96. | CARBOPLATINUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 97. | CARBOPLATINUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO |
| 98. | CARBOPLATINUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 99. | CARBOPLATINUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO |
| 100. | CARBOPLATINUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 101. | CARBOPLATINUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 102. | CARBOPLATINUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 103. | CARBOPLATINUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 104. | CARBOPLATINUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 105. | CARBOPLATINUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 106. | CARBOPLATINUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 107. | CARBOPLATINUM | C18.7 | ESICA |
| 108. | CARBOPLATINUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 109. | CARBOPLATINUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 110. | CARBOPLATINUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 111. | CARBOPLATINUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 112. | CARBOPLATINUM | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113. | CARBOPLATINUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 114. | CARBOPLATINUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 115. | CARBOPLATINUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 116. | CARBOPLATINUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 117. | CARBOPLATINUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 118. | CARBOPLATINUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 119. | CARBOPLATINUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 120. | CARBOPLATINUM | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 121. | CARBOPLATINUM | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 122. | CARBOPLATINUM | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 123. | CARBOPLATINUM | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 124. | CARBOPLATINUM | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 125. | CARBOPLATINUM | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO |
| 126. | CARBOPLATINUM | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 127. | CARBOPLATINUM | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE |
| 128. | CARBOPLATINUM | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 129. | CARBOPLATINUM | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 130. | CARBOPLATINUM | C24.9 | DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 131. | CARBOPLATINUM | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 132. | CARBOPLATINUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 133. | CARBOPLATINUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 134. | CARBOPLATINUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 135. | CARBOPLATINUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 136. | CARBOPLATINUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 137. | CARBOPLATINUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 138. | CARBOPLATINUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 139. | CARBOPLATINUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 140. | CARBOPLATINUM | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 141. | CARBOPLATINUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 142. | CARBOPLATINUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 143. | CARBOPLATINUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 144. | CARBOPLATINUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 145. | CARBOPLATINUM | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 146. | CARBOPLATINUM | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 147. | CARBOPLATINUM | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 148. | CARBOPLATINUM | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 149. | CARBOPLATINUM | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 150. | CARBOPLATINUM | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 151. | CARBOPLATINUM | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 152. | CARBOPLATINUM | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 153. | CARBOPLATINUM | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 154. | CARBOPLATINUM | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 155. | CARBOPLATINUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 156. | CARBOPLATINUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 157. | CARBOPLATINUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 158. | CARBOPLATINUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 159. | CARBOPLATINUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 160. | CARBOPLATINUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 161. | CARBOPLATINUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 162. | CARBOPLATINUM | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 163. | CARBOPLATINUM | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 164. | CARBOPLATINUM | C38.0 | SERCE |
| 165. | CARBOPLATINUM | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 166. | CARBOPLATINUM | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 167. | CARBOPLATINUM | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 168. | CARBOPLATINUM | C38.4 | OPLUCNA |
| 169. | CARBOPLATINUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 170. | CARBOPLATINUM | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 171. | CARBOPLATINUM | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 172. | CARBOPLATINUM | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 173. | CARBOPLATINUM | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBREMBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 174. | CARBOPLATINUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 175. | CARBOPLATINUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 176. | CARBOPLATINUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 177. | CARBOPLATINUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 178. | CARBOPLATINUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 179. | CARBOPLATINUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 180. | CARBOPLATINUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 181. | CARBOPLATINUM | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 182. | CARBOPLATINUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 183. | CARBOPLATINUM | C41.1 | ŻUCHWA |
| 184. | CARBOPLATINUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 185. | CARBOPLATINUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 186. | CARBOPLATINUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 187. | CARBOPLATINUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 188. | CARBOPLATINUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 189. | CARBOPLATINUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 190. | CARBOPLATINUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 191. | CARBOPLATINUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 192. | CARBOPLATINUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 193. | CARBOPLATINUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 194. | CARBOPLATINUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 195. | CARBOPLATINUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 196. | CARBOPLATINUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 197. | CARBOPLATINUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 198. | CARBOPLATINUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 199. | CARBOPLATINUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 200. | CARBOPLATINUM | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 201. | CARBOPLATINUM | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ |
| 202. | CARBOPLATINUM | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 203. | CARBOPLATINUM | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 204. | CARBOPLATINUM | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 205. | CARBOPLATINUM | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 206. | CARBOPLATINUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 207. | CARBOPLATINUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 208. | CARBOPLATINUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 209. | CARBOPLATINUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 210. | CARBOPLATINUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 211. | CARBOPLATINUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 212. | CARBOPLATINUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 213. | CARBOPLATINUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 214. | CARBOPLATINUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 215. | CARBOPLATINUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 216. | CARBOPLATINUM | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 217. | CARBOPLATINUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 218. | CARBOPLATINUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 219. | CARBOPLATINUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 220. | CARBOPLATINUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 221. | CARBOPLATINUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 222. | CARBOPLATINUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 223. | CARBOPLATINUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 224. | CARBOPLATINUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 225. | CARBOPLATINUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 226. | CARBOPLATINUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 227. | CARBOPLATINUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 228. | CARBOPLATINUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 229. | CARBOPLATINUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 230. | CARBOPLATINUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 231. | CARBOPLATINUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 232. | CARBOPLATINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 233. | CARBOPLATINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 234. | CARBOPLATINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235. | CARBOPLATINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 236. | CARBOPLATINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237. | CARBOPLATINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 238. | CARBOPLATINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 239. | CARBOPLATINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 240. | CARBOPLATINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 241. | CARBOPLATINUM | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 242. | CARBOPLATINUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 243. | CARBOPLATINUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 244. | CARBOPLATINUM | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 245. | CARBOPLATINUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 246. | CARBOPLATINUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 247. | CARBOPLATINUM | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 248. | CARBOPLATINUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 249. | CARBOPLATINUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 250. | CARBOPLATINUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 251. | CARBOPLATINUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 252. | CARBOPLATINUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 253. | CARBOPLATINUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 254. | CARBOPLATINUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 255. | CARBOPLATINUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 256. | CARBOPLATINUM | C54.2 | MIEŚNIÓWKA MACICY |
| 257. | CARBOPLATINUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 258. | CARBOPLATINUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 259. | CARBOPLATINUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 260. | CARBOPLATINUM | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 261. | CARBOPLATINUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 262. | CARBOPLATINUM | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 263. | CARBOPLATINUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 264. | CARBOPLATINUM | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 265. | CARBOPLATINUM | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 266. | CARBOPLATINUM | C57.3 | PRZYMATICZA |
| 267. | CARBOPLATINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 268. | CARBOPLATINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 269. | CARBOPLATINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 270. | CARBOPLATINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 271. | CARBOPLATINUM | C58 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 272. | CARBOPLATINUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 273. | CARBOPLATINUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 274. | CARBOPLATINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 275. | CARBOPLATINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 276. | CARBOPLATINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 277. | CARBOPLATINUM | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 278. | CARBOPLATINUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 279. | CARBOPLATINUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 280. | CARBOPLATINUM | C63.2 | MOSZNA |
| 281. | CARBOPLATINUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 282. | CARBOPLATINUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283. | CARBOPLATINUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 284. | CARBOPLATINUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 285. | CARBOPLATINUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 286. | CARBOPLATINUM | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 287. | CARBOPLATINUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 288. | CARBOPLATINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 289. | CARBOPLATINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 290. | CARBOPLATINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 291. | CARBOPLATINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 292. | CARBOPLATINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293. | CARBOPLATINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 294. | CARBOPLATINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 295. | CARBOPLATINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 296. | CARBOPLATINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 297. | CARBOPLATINUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 298. | CARBOPLATINUM | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 299. | CARBOPLATINUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 300. | CARBOPLATINUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 301. | CARBOPLATINUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 302. | CARBOPLATINUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303. | CARBOPLATINUM | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 304. | CARBOPLATINUM | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 305. | CARBOPLATINUM | C69.1 | ROGÓWKA |
| 306. | CARBOPLATINUM | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 307. | CARBOPLATINUM | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 308. | CARBOPLATINUM | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 309. | CARBOPLATINUM | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 310. | CARBOPLATINUM | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 311. | CARBOPLATINUM | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 312. | CARBOPLATINUM | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 313. | CARBOPLATINUM | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 314. | CARBOPLATINUM | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 315. | CARBOPLATINUM | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 316. | CARBOPLATINUM | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 317. | CARBOPLATINUM | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 318. | CARBOPLATINUM | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 319. | CARBOPLATINUM | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 320. | CARBOPLATINUM | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 321. | CARBOPLATINUM | C71.3 | PLAT CIEMIENOWY |
| 322. | CARBOPLATINUM | C71.4 | PLAT POTYLICZNY |
| 323. | CARBOPLATINUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 324. | CARBOPLATINUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 325. | CARBOPLATINUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 326. | CARBOPLATINUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 327. | CARBOPLATINUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 328. | CARBOPLATINUM | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 329. | CARBOPLATINUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 330. | CARBOPLATINUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 331. | CARBOPLATINUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 332. | CARBOPLATINUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 333. | CARBOPLATINUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 334. | CARBOPLATINUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 335. | CARBOPLATINUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 336. | CARBOPLATINUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 337. | CARBOPLATINUM | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 338. | CARBOPLATINUM | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 339. | CARBOPLATINUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 340. | CARBOPLATINUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 341. | CARBOPLATINUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 342. | CARBOPLATINUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 343. | CARBOPLATINUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 344. | CARBOPLATINUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 345. | CARBOPLATINUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 346. | CARBOPLATINUM | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 347. | CARBOPLATINUM | C75.4 | KLĘBEK SZYJNY |
| 348. | CARBOPLATINUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 349. | CARBOPLATINUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 350. | CARBOPLATINUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 351. | CARBOPLATINUM | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 352. | CARBOPLATINUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 353. | CARBOPLATINUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 354. | CARBOPLATINUM | C76.2 | BRZUCH |
| 355. | CARBOPLATINUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 356. | CARBOPLATINUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 357. | CARBOPLATINUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 358. | CARBOPLATINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 359. | CARBOPLATINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 360. | CARBOPLATINUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 361. | CARBOPLATINUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 362. | CARBOPLATINUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 363. | CARBOPLATINUM | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 364. | CARBOPLATINUM | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 365. | CARBOPLATINUM | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 366. | CARBOPLATINUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 367. | CARBOPLATINUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 368. | CARBOPLATINUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 369. | CARBOPLATINUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO |
| 370. | CARBOPLATINUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 371. | CARBOPLATINUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 372. | CARBOPLATINUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPLUCNEJ |
| 373. | CARBOPLATINUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 374. | CARBOPLATINUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 375. | CARBOPLATINUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 376. | CARBOPLATINUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 377. | CARBOPLATINUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 378. | CARBOPLATINUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 379. | CARBOPLATINUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 380. | CARBOPLATINUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 381. | CARBOPLATINUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 382. | CARBOPLATINUM | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 383. | CARBOPLATINUM | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 384. | CARBOPLATINUM | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 385. | CARBOPLATINUM | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 386. | CARBOPLATINUM | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 387. | CARBOPLATINUM | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 388. | CARBOPLATINUM | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 389. | CARBOPLATINUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 390. | CARBOPLATINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 391. | CARBOPLATINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 392. | CARBOPLATINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 393. | CARBOPLATINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 394. | CARBOPLATINUM | C81.3 | ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 395. | CARBOPLATINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 396. | CARBOPLATINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 397. | CARBOPLATINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 398. | CARBOPLATINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 399. | CARBOPLATINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 400. | CARBOPLATINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 401. | CARBOPLATINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 402. | CARBOPLATINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 403. | CARBOPLATINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 404. | CARBOPLATINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 405. | CARBOPLATINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 406. | CARBOPLATINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 407. | CARBOPLATINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 408. | CARBOPLATINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 409. | CARBOPLATINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 410. | CARBOPLATINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 411. | CARBOPLATINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 412. | CARBOPLATINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 413. | CARBOPLATINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | CARBOPLATINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 415. | CARBOPLATINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 416. | CARBOPLATINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 417. | CARBOPLATINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 418. | CARBOPLATINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 419. | CARBOPLATINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420. | CARBOPLATINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 421. | CARBOPLATINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 422. | CARBOPLATINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 423. | CARBOPLATINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 424. | CARBOPLATINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 425. | CARBOPLATINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 426. | CARBOPLATINUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 427. | CARBOPLATINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA |
| 428. | CARBOPLATINUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 429. | CARBOPLATINUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 430. | CARBOPLATINUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 431. | CARBOPLATINUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432. | CARBOPLATINUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 433. | CARBOPLATINUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 434. | CARBOPLATINUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 435. | CARBOPLATINUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 436. | CARBOPLATINUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 437. | CARBOPLATINUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 438. | CARBOPLATINUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 439. | CARBOPLATINUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 440. | CARBOPLATINUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 441. | CARBOPLATINUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 442. | CARBOPLATINUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 443. | CARBOPLATINUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 444. | CARBOPLATINUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 445. | CARBOPLATINUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 446. | CARBOPLATINUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 447. | CARBOPLATINUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 448. | CARBOPLATINUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 449. | CARBOPLATINUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 450. | CARBOPLATINUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 451. | CARBOPLATINUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 452. | CARBOPLATINUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 453. | CARBOPLATINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454. | CARBOPLATINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 455. | CARBOPLATINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 456. | CARBOPLATINUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 457. | CARBOPLATINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 458. | CARBOPLATINUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 459. | CARBOPLATINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|--|
| 460. | CARBOPLATINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 461. | CARBOPLATINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 462. | CARBOPLATINUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 463. | CARBOPLATINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 464. | CARBOPLATINUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 465. | CARBOPLATINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 466. | CARBOPLATINUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 467. | CARBOPLATINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 468. | CARBOPLATINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 469. | CARBOPLATINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 470. | CARBOPLATINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 471. | CARBOPLATINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 472. | CARBOPLATINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 473. | CARBOPLATINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 474. | CARBOPLATINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 475. | CARBOPLATINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 476. | CARBOPLATINUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 477. | CARBOPLATINUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 478. | CARBOPLATINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 479. | CARBOPLATINUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 480. | CARBOPLATINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481. | CARBOPLATINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 482. | CARBOPLATINUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 483. | CARBOPLATINUM | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 484. | CARBOPLATINUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 485. | CARBOPLATINUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 486. | CARBOPLATINUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 487. | CARBOPLATINUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 488. | CARBOPLATINUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 489. | CARBOPLATINUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A |
| 490. | CARBOPLATINUM | D01.5 | WĄTROBA, PEŁCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 491. | CARBOPLATINUM | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 492. | CARBOPLATINUM | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 493. | CARBOPLATINUM | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 494. | CARBOPLATINUM | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 495. | CARBOPLATINUM | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 496. | CARBOPLATINUM | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 497. | CARBOPLATINUM | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 498. | CARBOPLATINUM | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 499. | CARBOPLATINUM | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 500. | CARBOPLATINUM | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 501. | CARBOPLATINUM | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 502. | CARBOPLATINUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 503. | CARBOPLATINUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 504. | CARBOPLATINUM | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 505. | CARBOPLATINUM | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 506. | CARBOPLATINUM | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 507. | CARBOPLATINUM | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 508. | CARBOPLATINUM | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 509. | CARBOPLATINUM | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 510. | CARBOPLATINUM | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 511. | CARBOPLATINUM | D07.1 | SROM |
| 512. | CARBOPLATINUM | D07.2 | POCHWA |
| 513. | CARBOPLATINUM | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 514. | CARBOPLATINUM | D07.4 | PRĄCIE |
| 515. | CARBOPLATINUM | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 516. | CARBOPLATINUM | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 517. | CARBOPLATINUM | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 518. | CARBOPLATINUM | D09.0 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 519. | CARBOPLATINUM | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 520. | CARBOPLATINUM | D09.2 | OKO |
| 521. | CARBOPLATINUM | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 522. | CARBOPLATINUM | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 523. | CARBOPLATINUM | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 524. | CARBOPLATINUM | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 525. | CARBOPLATINUM | D10.0 | WARGA |
| 526. | CARBOPLATINUM | D10.1 | JĘZYK |
| 527. | CARBOPLATINUM | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 528. | CARBOPLATINUM | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 529. | CARBOPLATINUM | D10.4 | MIGDAŁEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 530. | CARBOPLATINUM | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 531. | CARBOPLATINUM | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 532. | CARBOPLATINUM | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 533. | CARBOPLATINUM | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 534. | CARBOPLATINUM | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 535. | CARBOPLATINUM | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 536. | CARBOPLATINUM | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 537. | CARBOPLATINUM | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 538. | CARBOPLATINUM | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 539. | CARBOPLATINUM | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 540. | CARBOPLATINUM | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 541. | CARBOPLATINUM | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 542. | CARBOPLATINUM | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 543. | CARBOPLATINUM | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 544. | CARBOPLATINUM | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 545. | CARBOPLATINUM | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 546. | CARBOPLATINUM | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 547. | CARBOPLATINUM | D12.8 | ODBYTNICA |
| 548. | CARBOPLATINUM | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 549. | CARBOPLATINUM | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 550. | CARBOPLATINUM | D13.0 | PRZELYK |
| 551. | CARBOPLATINUM | D13.1 | ŻOŁĄDEK |
| 552. | CARBOPLATINUM | D13.2 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 553. | CARBOPLATINUM | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO |
| 554. | CARBOPLATINUM | D13.4 | WĄTROBA |
| 555. | CARBOPLATINUM | D13.5 | DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 556. | CARBOPLATINUM | D13.6 | TRZUSTKA |
| 557. | CARBOPLATINUM | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 558. | CARBOPLATINUM | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 559. | CARBOPLATINUM | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 560. | CARBOPLATINUM | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 561. | CARBOPLATINUM | D14.1 | KRTAŃ |
| 562. | CARBOPLATINUM | D14.2 | TCHAWICA |
| 563. | CARBOPLATINUM | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 564. | CARBOPLATINUM | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 565. | CARBOPLATINUM | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 566. | CARBOPLATINUM | D15.0 | GRASICA |
| 567. | CARBOPLATINUM | D15.1 | SERCE |
| 568. | CARBOPLATINUM | D15.2 | SRÓDPIERSIE |
| 569. | CARBOPLATINUM | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 570. | CARBOPLATINUM | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 571. | CARBOPLATINUM | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 572. | CARBOPLATINUM | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 573. | CARBOPLATINUM | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 574. | CARBOPLATINUM | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 575. | CARBOPLATINUM | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 576. | CARBOPLATINUM | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 577. | CARBOPLATINUM | D16.5 | ŻUCHWA |
| 578. | CARBOPLATINUM | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 579. | CARBOPLATINUM | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 580. | CARBOPLATINUM | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 581. | CARBOPLATINUM | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 582. | CARBOPLATINUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 583. | CARBOPLATINUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 584. | CARBOPLATINUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 585. | CARBOPLATINUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 586. | CARBOPLATINUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 587. | CARBOPLATINUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 588. | CARBOPLATINUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 589. | CARBOPLATINUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 590. | CARBOPLATINUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 591. | CARBOPLATINUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 592. | CARBOPLATINUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 593. | CARBOPLATINUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 594. | CARBOPLATINUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 595. | CARBOPLATINUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 596. | CARBOPLATINUM | D28.0 | SROM |
| 597. | CARBOPLATINUM | D28.1 | POCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 598. | CARBOPLATINUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 599. | CARBOPLATINUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 600. | CARBOPLATINUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 601. | CARBOPLATINUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 602. | CARBOPLATINUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 603. | CARBOPLATINUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 604. | CARBOPLATINUM | D29.2 | JĄDRO |
| 605. | CARBOPLATINUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 606. | CARBOPLATINUM | D29.4 | MOSZNA |
| 607. | CARBOPLATINUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 608. | CARBOPLATINUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 609. | CARBOPLATINUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 610. | CARBOPLATINUM | D30.0 | NERKA |
| 611. | CARBOPLATINUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 612. | CARBOPLATINUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 613. | CARBOPLATINUM | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | CARBOPLATINUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 615. | CARBOPLATINUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 616. | CARBOPLATINUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 617. | CARBOPLATINUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 618. | CARBOPLATINUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 619. | CARBOPLATINUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 620. | CARBOPLATINUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 621. | CARBOPLATINUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 622. | CARBOPLATINUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 623. | CARBOPLATINUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 624. | CARBOPLATINUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 625. | CARBOPLATINUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 626. | CARBOPLATINUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 627. | CARBOPLATINUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 628. | CARBOPLATINUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 629. | CARBOPLATINUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 630. | CARBOPLATINUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 631. | CARBOPLATINUM | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 632. | CARBOPLATINUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 633. | CARBOPLATINUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 634. | CARBOPLATINUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 635. | CARBOPLATINUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 636. | CARBOPLATINUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 637. | CARBOPLATINUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 638. | CARBOPLATINUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 639. | CARBOPLATINUM | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 640. | CARBOPLATINUM | D35.0 | NADNERCZA |
| 641. | CARBOPLATINUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 642. | CARBOPLATINUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 643. | CARBOPLATINUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 644. | CARBOPLATINUM | D35.4 | SZYSZYŃKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 645. | CARBOPLATINUM | D35.5 | KLĘBEK SZYJNY |
| 646. | CARBOPLATINUM | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 647. | CARBOPLATINUM | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 648. | CARBOPLATINUM | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 649. | CARBOPLATINUM | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 650. | CARBOPLATINUM | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOT WÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 651. | CARBOPLATINUM | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 652. | CARBOPLATINUM | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 653. | CARBOPLATINUM | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 654. | CARBOPLATINUM | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOT WÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 655. | CARBOPLATINUM | D37 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 656. | CARBOPLATINUM | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 657. | CARBOPLATINUM | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 658. | CARBOPLATINUM | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 659. | CARBOPLATINUM | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 660. | CARBOPLATINUM | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 661. | CARBOPLATINUM | D37.5 | ODBYTNICA |
| 662. | CARBOPLATINUM | D37.6 | WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 663. | CARBOPLATINUM | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 664. | CARBOPLATINUM | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 665. | CARBOPLATINUM | D38 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 666. | CARBOPLATINUM | D38.0 | KRTAŃ |
| 667. | CARBOPLATINUM | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 668. | CARBOPLATINUM | D38.2 | OPLUCNA |
| 669. | CARBOPLATINUM | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 670. | CARBOPLATINUM | D38.4 | GRASICA |
| 671. | CARBOPLATINUM | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 672. | CARBOPLATINUM | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 673. | CARBOPLATINUM | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 674. | CARBOPLATINUM | D39.0 | MACICA |
| 675. | CARBOPLATINUM | D39.1 | JAJNIK |
| 676. | CARBOPLATINUM | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 677. | CARBOPLATINUM | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 678. | CARBOPLATINUM | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | CARBOPLATINUM | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 680. | CARBOPLATINUM | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 681. | CARBOPLATINUM | D40.1 | JĄDRO |
| 682. | CARBOPLATINUM | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 683. | CARBOPLATINUM | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 684. | CARBOPLATINUM | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 685. | CARBOPLATINUM | D41.0 | NERKA |
| 686. | CARBOPLATINUM | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 687. | CARBOPLATINUM | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 688. | CARBOPLATINUM | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 689. | CARBOPLATINUM | D41.4 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 690. | CARBOPLATINUM | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 691. | CARBOPLATINUM | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 692. | CARBOPLATINUM | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 693. | CARBOPLATINUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 694. | CARBOPLATINUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 695. | CARBOPLATINUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 696. | CARBOPLATINUM | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 697. | CARBOPLATINUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 698. | CARBOPLATINUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 699. | CARBOPLATINUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 700. | CARBOPLATINUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 701. | CARBOPLATINUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 702. | CARBOPLATINUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 703. | CARBOPLATINUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 704. | CARBOPLATINUM | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 705. | CARBOPLATINUM | D44.0 | TARCZYCA |
| 706. | CARBOPLATINUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 707. | CARBOPLATINUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 708. | CARBOPLATINUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 709. | CARBOPLATINUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 710. | CARBOPLATINUM | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 711. | CARBOPLATINUM | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 712. | CARBOPLATINUM | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 713. | CARBOPLATINUM | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 714. | CARBOPLATINUM | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 715. | CARBOPLATINUM | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 716. | CARBOPLATINUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 717. | CARBOPLATINUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 718. | CARBOPLATINUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 719. | CARBOPLATINUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 720. | CARBOPLATINUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 721. | CARBOPLATINUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 722. | CARBOPLATINUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 723. | CARBOPLATINUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 724. | CARBOPLATINUM | D48.5 | SKÓRA |
| 725. | CARBOPLATINUM | D48.6 | SUTEK |
| 726. | CARBOPLATINUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 727. | CARBOPLATINUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 728. | CARBOPLATINUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 729. | CARBOPLATINUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 730. | CARBOPLATINUM | E85 | AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/ |
| 731. | CARBOPLATINUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 732. | CARBOPLATINUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ NEUROPATYCZNA |
| 733. | CARBOPLATINUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 734. | CARBOPLATINUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 735. | CARBOPLATINUM | E85.4 | ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 736. | CARBOPLATINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 737. | CARBOPLATINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1 | CHLORAMBUCILUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 2 | CHLORAMBUCILUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 3 | CHLORAMBUCILUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 4 | CHLORAMBUCILUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 5 | CHLORAMBUCILUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 6 | CHLORAMBUCILUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 7 | CHLORAMBUCILUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 8 | CHLORAMBUCILUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 9 | CHLORAMBUCILUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 10 | CHLORAMBUCILUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11 | CHLORAMBUCILUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 12 | CHLORAMBUCILUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 13 | CHLORAMBUCILUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 14 | CHLORAMBUCILUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 15 | CHLORAMBUCILUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 16 | CHLORAMBUCILUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | CHLORAMBUCILUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | CHLORAMBUCILUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 19 | CHLORAMBUCILUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 20 | CHLORAMBUCILUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | CHLORAMBUCILUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 22 | CHLORAMBUCILUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 23 | CHLORAMBUCILUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 24 | CHLORAMBUCILUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 25 | CHLORAMBUCILUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 26 | CHLORAMBUCILUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 27 | CHLORAMBUCILUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 28 | CHLORAMBUCILUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 29 | CHLORAMBUCILUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 30 | CHLORAMBUCILUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 31 | CHLORAMBUCILUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 32 | CHLORAMBUCILUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 33 | CHLORAMBUCILUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 34 | CHLORAMBUCILUM | C85.0 | MIEŚSAK 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 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU 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 PRZELYKU |
| 79 | CISPLATINUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 80 | CISPLATINUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 81 | CISPLATINUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 82 | CISPLATINUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 83 | CISPLATINUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 84 | CISPLATINUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 85 | CISPLATINUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU |
| 86 | CISPLATINUM | C15.9 | PRZELYK, 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 PĘCHERZYKA 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 | ŁECHTACZKA |
| 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 | PRZYMAGICZA |
| 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 PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 318 | CISPLATINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 319 | CISPLATINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 320 | CISPLATINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 321 | CISPLATINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 322 | CISPLATINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 323 | CISPLATINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 324 | CISPLATINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 325 | CISPLATINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 326 | CISPLATINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 327 | CISPLATINUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 328 | CISPLATINUM | C68 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 329 | CISPLATINUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 330 | CISPLATINUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 331 | CISPLATINUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 332 | CISPLATINUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 333 | CISPLATINUM | C69 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 334 | CISPLATINUM | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 335 | CISPLATINUM | C69.1 | ROGÓWKA |
| 336 | CISPLATINUM | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 337 | CISPLATINUM | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 338 | CISPLATINUM | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 339 | CISPLATINUM | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 340 | CISPLATINUM | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 341 | CISPLATINUM | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 342 | CISPLATINUM | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 343 | CISPLATINUM | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 344 | CISPLATINUM | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 345 | CISPLATINUM | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 346 | CISPLATINUM | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 347 | CISPLATINUM | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 348 | CISPLATINUM | C71.0 | MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 349 | CISPLATINUM | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 350 | CISPLATINUM | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 351 | CISPLATINUM | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 352 | CISPLATINUM | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 353 | CISPLATINUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 354 | CISPLATINUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 355 | CISPLATINUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 356 | CISPLATINUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 357 | CISPLATINUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 358 | CISPLATINUM | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 359 | CISPLATINUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 360 | CISPLATINUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 361 | CISPLATINUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 362 | CISPLATINUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 363 | CISPLATINUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 364 | CISPLATINUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 365 | CISPLATINUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 366 | CISPLATINUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 367 | CISPLATINUM | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 368 | CISPLATINUM | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 369 | CISPLATINUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 370 | CISPLATINUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 371 | CISPLATINUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 372 | CISPLATINUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 373 | CISPLATINUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 374 | CISPLATINUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 375 | CISPLATINUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 376 | CISPLATINUM | C75.3 | 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 | CISPLATINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 389 | CISPLATINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 390 | CISPLATINUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 391 | CISPLATINUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 392 | CISPLATINUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 393 | CISPLATINUM | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 394 | CISPLATINUM | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 395 | CISPLATINUM | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 396 | CISPLATINUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 397 | CISPLATINUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 398 | CISPLATINUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 399 | CISPLATINUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO |
| 400 | CISPLATINUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 401 | CISPLATINUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 402 | CISPLATINUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 403 | CISPLATINUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 404 | CISPLATINUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 405 | CISPLATINUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 406 | CISPLATINUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 407 | CISPLATINUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 408 | CISPLATINUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 409 | CISPLATINUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 410 | CISPLATINUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 411 | CISPLATINUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 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 | BLONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 536 | CISPLATINUM | D06.1 | BLONA 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 | BLONA 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 | MIGDALEK |
| 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, NADNAMIAOTOWE |
| 662 | CISPLATINUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIAOTOWE |
| 663 | CISPLATINUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 664 | CISPLATINUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 665 | CISPLATINUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 666 | CISPLATINUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 667 | CISPLATINUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 668 | CISPLATINUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 669 | CISPLATINUM | D35.0 | NADNERCZA |
| 670 | CISPLATINUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 671 | CISPLATINUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 672 | CISPLATINUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 673 | CISPLATINUM | D35.4 | SZYSZYŃKA |
| 674 | CISPLATINUM | D35.5 | KLĘBEK SZYJNY |
| 675 | CISPLATINUM | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 676 | CISPLATINUM | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 677 | CISPLATINUM | D35.8 | ZAJĘCIE 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 ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 722 | CISPLATINUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 723 | CISPLATINUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 724 | CISPLATINUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 725 | CISPLATINUM | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 726 | CISPLATINUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 727 | CISPLATINUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 728 | CISPLATINUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 729 | CISPLATINUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 730 | CISPLATINUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 731 | CISPLATINUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 732 | CISPLATINUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 733 | CISPLATINUM | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 734 | CISPLATINUM | D44.0 | TARCZYCA |
| 735 | CISPLATINUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 736 | CISPLATINUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 737 | CISPLATINUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 738 | CISPLATINUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 739 | CISPLATINUM | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 740 | CISPLATINUM | D44.6 | 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 INDEJ |
| 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 SKROBIAWATYCH |
| 765 | CISPLATINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 766 | CISPLATINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1 | CLADRIBINUM | D76 | NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO |
| 2 | CLADRIBINUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 3 | CLADRIBINUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 4 | CLADRIBINUM | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 5 | CLADRIBINUM | D76.3 | INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE |
| 6 | CLADRIBINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 7 | CLADRIBINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 8 | CLADRIBINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 9 | CLADRIBINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 10 | CLADRIBINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 11 | CLADRIBINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 12 | CLADRIBINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 13 | CLADRIBINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 14 | CLADRIBINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 15 | CLADRIBINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | CLADRIBINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 17 | CLADRIBINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 18 | CLADRIBINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 19 | CLADRIBINUM | C83.6 | 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 | MIGDALEK, 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 (HYPOPARYNX) |
| 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 ODBYTNICZY |
| 108 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 114 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW 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 OPLUCNEJ |

| 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 DŁGIE KOŃCZINY GÓRNEJ |
| 173 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY GÓRNEJ |
| 174 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C40.2 | KOŚCI DŁGIE KOŃCZINY DOLNEJ |
| 175 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY 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 | PRZYMATICZA |
| 269 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 270 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 271 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 272 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 273 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C58 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 274 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C60 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 275 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C60.0 | NAPLETEK |
| 276 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C60.1 | ZOŁĄDŹ 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 346 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C74 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 347 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 348 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 349 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 350 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 351 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 352 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 353 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 354 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 355 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C75.4 | 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 LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 427 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 428 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 429 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 430 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 431 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 432 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 433 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 434 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 435 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA |
| 436 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 437 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 438 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA 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 | MIEŚAK SZPIKOWY |
| 459 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 460 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 461 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 462 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 463 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 464 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 466 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 467 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 468 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 469 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 470 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 471 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 472 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 473 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 474 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 475 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 476 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 477 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 480 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 481 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 482 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 483 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 484 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 485 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 486 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 487 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 488 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 489 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 490 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 491 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 492 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 493 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 494 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 495 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 496 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 497 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D01.5 | WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 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 ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE |
| 563 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D13.6 | TRZUSTKA |
| 564 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 565 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D13.9 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 566 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 567 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 568 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14.1 | KRTAŃ |
| 569 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14.2 | TCHAWICA |
| 570 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 571 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 572 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 573 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D15.0 | GRASICA |
| 574 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D15.1 | SERCE |
| 575 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D15.2 | 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 | NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 591 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D18.1 | NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 592 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D19 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA |
| 593 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D19.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ |
| 594 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D19.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 595 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D19.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 596 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D19.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 597 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 598 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 599 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 600 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 601 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 602 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 603 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 604 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 605 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 606 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 607 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 608 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 609 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 610 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 611 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28.0 | SROM |
| 612 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28.1 | POCHWA |
| 613 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 614 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 615 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 617 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 618 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 619 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.2 | JĄDRO |
| 620 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 621 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.4 | MOSZNA |
| 622 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 623 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 624 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 625 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.0 | NERKA |
| 626 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 627 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 628 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 629 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 630 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 631 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 632 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 633 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 634 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 635 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 636 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 637 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 638 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 639 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 640 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 641 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 642 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 643 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 644 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 645 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 646 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D33.0 | MÓZG, 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 ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 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 | OPLUCNA |
| 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 SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 719 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 720 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.0 | TARCZYCA |
| 721 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 722 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 723 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 724 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 725 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 726 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 727 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA 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 NADMIAREM BLASTÓW |
| 734 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 735 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 736 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 737 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 738 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 739 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 740 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 741 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 742 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 743 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 744 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 745 | CYKLOPHOSPHAMIDUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA |
| 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 LIMFOLASTYCZNA |
| 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 | MIEŚSAK 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 SKROBIAWATYCH |
| 153 | CYTARABINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 154 | CYTARABINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1 | DACARBAZINUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | DACARBAZINUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | DACARBAZINUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | DACARBAZINUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | DACARBAZINUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | DACARBAZINUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | DACARBAZINUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | DACARBAZINUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | DACARBAZINUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | DACARBAZINUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | DACARBAZINUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | DACARBAZINUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | DACARBAZINUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | DACARBAZINUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | DACARBAZINUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | DACARBAZINUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | DACARBAZINUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | DACARBAZINUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | DACARBAZINUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 20 | 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 FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | DACARBAZINUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | DACARBAZINUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | DACARBAZINUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | DACARBAZINUM | C14 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | DACARBAZINUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | DACARBAZINUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | DACARBAZINUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | DACARBAZINUM | C16 | 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 WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH |

| 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO |
| 122 | DACARBAZINUM | C24 | NOWOT WÓR 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 | DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | DACARBAZINUM | C25 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 137 | DACARBAZINUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | DACARBAZINUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | DACARBAZINUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | DACARBAZINUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141 | DACARBAZINUM | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | DACARBAZINUM | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | DACARBAZINUM | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | DACARBAZINUM | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | DACARBAZINUM | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146 | DACARBAZINUM | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | DACARBAZINUM | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | DACARBAZINUM | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | DACARBAZINUM | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | DACARBAZINUM | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | DACARBAZINUM | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 152 | DACARBAZINUM | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I 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, ŚRÓDPIERSIA 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 KOŃCZYŃ |
| 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 KOŃCZYŃ |
| 169 | DACARBAZINUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYŃ, 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 | KLĘBEK SZYJNY |
| 330 | DACARBAZINUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 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 | KLATKA PIERSIOWA |
| 336 | DACARBAZINUM | C76.2 | BRZUCH |
| 337 | DACARBAZINUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 338 | DACARBAZINUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 339 | DACARBAZINUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 340 | DACARBAZINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 341 | DACARBAZINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 342 | DACARBAZINUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 343 | DACARBAZINUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 344 | DACARBAZINUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 345 | DACARBAZINUM | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 346 | DACARBAZINUM | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |
| 347 | DACARBAZINUM | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 348 | DACARBAZINUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 349 | DACARBAZINUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 350 | DACARBAZINUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 351 | DACARBAZINUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU 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 LIMFOBLASTYCZNA |
| 421 | DACARBAZINUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 422 | DACARBAZINUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 423 | DACARBAZINUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 424 | DACARBAZINUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 425 | DACARBAZINUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 426 | DACARBAZINUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 427 | DACARBAZINUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 428 | DACARBAZINUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 429 | DACARBAZINUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 430 | DACARBAZINUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 431 | DACARBAZINUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 432 | DACARBAZINUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 433 | DACARBAZINUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 434 | DACARBAZINUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 435 | DACARBAZINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 436 | DACARBAZINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 437 | DACARBAZINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 438 | DACARBAZINUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 439 | DACARBAZINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 440 | DACARBAZINUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 441 | DACARBAZINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 442 | DACARBAZINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 443 | DACARBAZINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 444 | DACARBAZINUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 445 | DACARBAZINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 446 | DACARBAZINUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 447 | DACARBAZINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 448 | DACARBAZINUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 449 | DACARBAZINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 450 | DACARBAZINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 451 | DACARBAZINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 452 | DACARBAZINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 453 | DACARBAZINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 454 | DACARBAZINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 455 | DACARBAZINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 456 | DACARBAZINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 457 | DACARBAZINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY T KANKI 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 KĄTEMOKA |
| 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 | PRZĘLYK |

| 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 | SZYSZYNKI |
| 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, PEŁCZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 652 | DACARBAZINUM | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 653 | DACARBAZINUM | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 654 | DACARBAZINUM | D38 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 NADMIAREM BŁASTÓW |
| 709 | DACARBAZINUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW 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 | PRZEWEKŁA 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 | NOWOT WORY 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | DO CETAXELUM | C02 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 (PODNEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | DO CETAXELUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | DO CETAXELUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | DO CETAXELUM | C10 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | DO CETAXELUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | DO CETAXELUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | DO CETAXELUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | DO CETAXELUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | DO CETAXELUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58 | DO CETAXELUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | DO CETAXELUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | DO CETAXELUM | C11 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | DO CETAXELUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | DO CETAXELUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | DO CETAXELUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | DO CETAXELUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | DO CETAXELUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | DO CETAXELUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67 | DO CETAXELUM | C12 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | DO CETAXELUM | C13 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | DO CETAXELUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI 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 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | DO CETAXELUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | DO CETAXELUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | DO CETAXELUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | DO CETAXELUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | DO CETAXELUM | C16.0 | WPUST |
| 80 | DO CETAXELUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | DO CETAXELUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | DO CETAXELUM | C16.3 | UJŚCIE 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 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 89 | DO CETAXELUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 90 | DO CETAXELUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 91 | DO CETAXELUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 92 | DO CETAXELUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 93 | DO CETAXELUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 94 | DO CETAXELUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 95 | DO CETAXELUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 96 | DO CETAXELUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 97 | DO CETAXELUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 98 | DO CETAXELUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 99 | DO 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 PRZELYKU |
| 79. | DO XO RUBICINUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 80. | DO XO RUBICINUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 81. | DO XO RUBICINUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 82. | DO XO RUBICINUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 83. | DO XO RUBICINUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 84. | DO XO RUBICINUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 85. | DO XO RUBICINUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU |
| 86. | DO XO RUBICINUM | C15.9 | PRZELYK, 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 PĘCHERZYKA 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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. | DO XO RUBICINUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 166. | DO XO RUBICINUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 167. | DO XO RUBICINUM | C37 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 168. | DO XO RUBICINUM | C38 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 169. | DO XO RUBICINUM | C38.0 | SERCE |
| 170. | DO XO RUBICINUM | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 171. | DO XO RUBICINUM | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 172. | DO XO RUBICINUM | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 173. | DO XO RUBICINUM | C38.4 | OPLUCNA |
| 174. | DO XO RUBICINUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 175. | DO XO RUBICINUM | C39 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 176. | DO XO RUBICINUM | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 177. | DO XO RUBICINUM | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 178. | DO XO RUBICINUM | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 179. | DO XO RUBICINUM | C40 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 180. | DO XO RUBICINUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181. | DO XO RUBICINUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 182. | DO XO RUBICINUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 183. | DO XO RUBICINUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 184. | DO XO RUBICINUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 185. | DO XO RUBICINUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 186. | DO XO RUBICINUM | C41 | 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. | DO XO RUBICINUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 188. | DO XO RUBICINUM | C41.1 | ŻUCHWA |
| 189. | DO XO RUBICINUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 190. | DO XO RUBICINUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 191. | DO XO RUBICINUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 192. | DO XO RUBICINUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 193. | DO XO RUBICINUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 194. | DO XO RUBICINUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 195. | DO XO RUBICINUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 196. | DO XO RUBICINUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 197. | DO XO RUBICINUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 198. | DO XO RUBICINUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 199. | DO XO RUBICINUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 200. | DO XO RUBICINUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 201. | DO XO RUBICINUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 202. | DO XO RUBICINUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 203. | DO XO RUBICINUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 204. | DO XO RUBICINUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 205. | DO XO RUBICINUM | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 206. | DO XO RUBICINUM | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ |
| 207. | DO XO RUBICINUM | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 208. | DO XO RUBICINUM | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 209. | DO XO RUBICINUM | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210. | DO XO RUBICINUM | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 211. | DO XO RUBICINUM | C46 | MIĘSAK KAPOS'I EGO |
| 212. | DO XO RUBICINUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY |
| 213. | DO XO RUBICINUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 214. | DO XO RUBICINUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA |
| 215. | DO XO RUBICINUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 216. | DO XO RUBICINUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 217. | DO XO RUBICINUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 218. | DO XO RUBICINUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY |
| 219. | DO XO RUBICINUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 220. | DO XO RUBICINUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 221. | DO XO RUBICINUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 222. | DO XO RUBICINUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 223. | DO XO RUBICINUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE 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. | DO XO RUBICINUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 235. | DO XO RUBICINUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 236. | DO XO RUBICINUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 237. | DO XO RUBICINUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 238. | DO XO RUBICINUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 239. | DO XO RUBICINUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 240. | DO XO RUBICINUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 241. | DO XO RUBICINUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 242. | DO XO RUBICINUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 243. | DO XO RUBICINUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 244. | DO XO RUBICINUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 245. | DO XO RUBICINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 246. | DO XO RUBICINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 247. | DO XO RUBICINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 248. | DO XO RUBICINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 249. | DO XO RUBICINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 250. | DO XO RUBICINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 251. | DO XO RUBICINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 252. | DO XO RUBICINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 253. | DO XO RUBICINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 254. | DO XO RUBICINUM | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 255. | DO XO RUBICINUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 256. | DO XO RUBICINUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 257. | DO XO RUBICINUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 258. | DO XO RUBICINUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 259. | DO XO RUBICINUM | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 260. | DO XO RUBICINUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 261. | DO XO RUBICINUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 262. | DO XO RUBICINUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 263. | DO XO RUBICINUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 264. | DO XO RUBICINUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 265. | DO XO RUBICINUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 266. | DO XO RUBICINUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 267. | DO XO RUBICINUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 268. | DO XO RUBICINUM | C54.2 | MIEŚNIÓWKA MACICY |
| 269. | DO XO RUBICINUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 270. | DO XO RUBICINUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 271. | DO XO RUBICINUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 272. | DO XO RUBICINUM | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 273. | DO XO RUBICINUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 274. | DO XO RUBICINUM | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 275. | DO XO RUBICINUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 276. | DO XO RUBICINUM | C57.1 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |
| 277. | DO XO RUBICINUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBŁE MACICY |
| 278. | DO XO RUBICINUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 279. | DO XO RUBICINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 280. | DO XO RUBICINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 281. | DO XO RUBICINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 282. | DO XO RUBICINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | DO XO RUBICINUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 284. | DO XO RUBICINUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 285. | DO XO RUBICINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 286. | DO XO RUBICINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 287. | DO XO RUBICINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 288. | DO XO RUBICINUM | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 289. | DO XO RUBICINUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 290. | DO XO RUBICINUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 291. | DO XO RUBICINUM | C63.2 | MOSZNA |
| 292. | DO XO RUBICINUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 293. | DO XO RUBICINUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294. | DO XO RUBICINUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295. | DO XO RUBICINUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 296. | DO XO RUBICINUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 297. | DO XO RUBICINUM | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 298. | DO XO RUBICINUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 299. | DO XO RUBICINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 300. | DO XO RUBICINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 301. | DO XO RUBICINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302. | DO XO RUBICINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 303. | DO XO RUBICINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 304. | DO XO RUBICINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305. | DO XO RUBICINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 306. | DO XO RUBICINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 307. | DO XO RUBICINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 308. | DO XO RUBICINUM | C67.9 | PĘCZERZ 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 | PLAT CZOŁOWY |
| 331. | DO XO RUBICINUM | C71.2 | PLAT SKRONIOWY |
| 332. | DO XO RUBICINUM | C71.3 | PLAT CIEMIENOWY |
| 333. | DO XO RUBICINUM | C71.4 | PLAT POTYLICZNY |
| 334. | DO XO RUBICINUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 335. | DO XO RUBICINUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 336. | DO XO RUBICINUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 337. | DO XO RUBICINUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 338. | DO XO RUBICINUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 339. | DO XO RUBICINUM | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 340. | DO XO RUBICINUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 341. | DO XO RUBICINUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 342. | DO XO RUBICINUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 343. | DO XO RUBICINUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 344. | DO XO RUBICINUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 345. | DO XO RUBICINUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 346. | DO XO RUBICINUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 347. | DO XO RUBICINUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 348. | DO XO RUBICINUM | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 349. | DO XO RUBICINUM | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 350. | DO XO RUBICINUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 351. | DO XO RUBICINUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 352. | DO XO RUBICINUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 353. | DO XO RUBICINUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 354. | DO XO RUBICINUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTYARCZOWY |
| 355. | DO XO RUBICINUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 356. | DO XO RUBICINUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 357. | DO XO RUBICINUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 358. | DO XO RUBICINUM | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 359. | DO XO RUBICINUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 360. | DO XO RUBICINUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 361. | DO XO RUBICINUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 362. | DO XO RUBICINUM | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 363. | DO XO RUBICINUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 364. | DO XO RUBICINUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 365. | DO XO RUBICINUM | C76.2 | BRZUCH |
| 366. | DO XO RUBICINUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 367. | DO XO RUBICINUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 368. | DO XO RUBICINUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 369. | DO XO RUBICINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 370. | DO XO RUBICINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 371. | DO XO RUBICINUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 372. | DO XO RUBICINUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 373. | DO XO RUBICINUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 374. | DO XO RUBICINUM | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 375. | DO XO RUBICINUM | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 376. | DO XO RUBICINUM | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 377. | DO XO RUBICINUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 378. | DO XO RUBICINUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 379. | DO XO RUBICINUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 380. | DO XO RUBICINUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO |
| 381. | DO XO RUBICINUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 382. | DO XO RUBICINUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 383. | DO XO RUBICINUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPLUCNEJ |
| 384. | DO XO RUBICINUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 385. | DO XO RUBICINUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 386. | DO XO RUBICINUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 387. | DO XO RUBICINUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 388. | DO XO RUBICINUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 389. | DO XO RUBICINUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 390. | DO XO RUBICINUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHUMIEJSCOWIEŃ |
| 391. | DO XO RUBICINUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 392. | DO XO RUBICINUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 393. | DO XO RUBICINUM | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 394. | DO XO RUBICINUM | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 395. | DO XO RUBICINUM | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 396. | DO XO RUBICINUM | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 397. | DO XO RUBICINUM | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 398. | DO XO RUBICINUM | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 399. | DO XO RUBICINUM | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 400. | DO XO RUBICINUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 401. | DO XO RUBICINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 402. | DO XO RUBICINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 403. | DO XO RUBICINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 404. | DO XO RUBICINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 405. | DO XO RUBICINUM | C81.3 | ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 406. | DO XO RUBICINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 407. | DO XO RUBICINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 408. | DO XO RUBICINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 409. | DO XO RUBICINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 410. | DO XO RUBICINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 411. | DO XO RUBICINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 412. | DO XO RUBICINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 413. | DO XO RUBICINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 414. | DO XO RUBICINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 415. | DO XO RUBICINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 416. | DO XO RUBICINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 417. | DO XO RUBICINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 418. | DO XO RUBICINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 419. | DO XO RUBICINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 420. | DO XO RUBICINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 421. | DO XO RUBICINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 422. | DO XO RUBICINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITA |
| 423. | DO XO RUBICINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 424. | DO XO RUBICINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 425. | DO XO RUBICINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 426. | DO XO RUBICINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 427. | DO XO RUBICINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 428. | DO XO RUBICINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 429. | DO XO RUBICINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 430. | DO XO RUBICINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 431. | DO XO RUBICINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 432. | DO XO RUBICINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 433. | DO XO RUBICINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 434. | DO XO RUBICINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 435. | DO XO RUBICINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 436. | DO XO RUBICINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 437. | DO XO RUBICINUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 438. | DO XO RUBICINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 439. | DO XO RUBICINUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 440. | DO XO RUBICINUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 441. | DO XO RUBICINUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 442. | DO XO RUBICINUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 443. | DO XO RUBICINUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 444. | DO XO RUBICINUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 445. | DO XO RUBICINUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 446. | DO XO RUBICINUM | C90.1 | BIAŁACZKA 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. | DO XO RUBICINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 470. | DO XO RUBICINUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 471. | DO XO RUBICINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 472. | DO XO RUBICINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 473. | DO XO RUBICINUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 474. | DO XO RUBICINUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 475. | DO XO RUBICINUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 476. | DO XO RUBICINUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 477. | DO XO RUBICINUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 478. | DO XO RUBICINUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 479. | DO XO RUBICINUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 480. | DO XO RUBICINUM | D01.5 | WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 481. | DO XO RUBICINUM | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 482. | DO XO RUBICINUM | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 483. | DO XO RUBICINUM | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 484. | DO XO RUBICINUM | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 485. | DO XO RUBICINUM | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 486. | DO XO RUBICINUM | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 487. | DO XO RUBICINUM | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TRAWIENNEJ |
| 488. | DO XO RUBICINUM | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 489. | DO XO RUBICINUM | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 490. | DO XO RUBICINUM | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 491. | DO XO RUBICINUM | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 492. | DO XO RUBICINUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 493. | DO XO RUBICINUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 494. | DO XO RUBICINUM | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 495. | DO XO RUBICINUM | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 496. | DO XO RUBICINUM | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 497. | DO XO RUBICINUM | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 498. | DO XO RUBICINUM | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 499. | DO XO RUBICINUM | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 500. | DO XO RUBICINUM | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 501. | DO XO RUBICINUM | D07.1 | SROM |
| 502. | DO XO RUBICINUM | D07.2 | POCHWA |
| 503. | DO XO RUBICINUM | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 504. | DO XO RUBICINUM | D07.4 | PRĄCIE |
| 505. | DO XO RUBICINUM | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 506. | DO XO RUBICINUM | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 507. | DO XO RUBICINUM | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 508. | DO XO RUBICINUM | D09.0 | PĘCZERZ 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. | DO XO RUBICINUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 589. | DO XO RUBICINUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 590. | DO XO RUBICINUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 591. | DO XO RUBICINUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 592. | DO XO RUBICINUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 593. | DO XO RUBICINUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 594. | DO XO RUBICINUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 595. | DO XO RUBICINUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 596. | DO XO RUBICINUM | D28.0 | SROM |
| 597. | DO XO RUBICINUM | D28.1 | POCHWA |
| 598. | DO XO RUBICINUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 599. | DO XO RUBICINUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 600. | DO XO RUBICINUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 601. | DO XO RUBICINUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 602. | DO XO RUBICINUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 603. | DO XO RUBICINUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 604. | DO XO RUBICINUM | D29.2 | JĄDRO |
| 605. | DO XO RUBICINUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 606. | DO XO RUBICINUM | D29.4 | MOSZNA |
| 607. | DO XO RUBICINUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 608. | DO XO RUBICINUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 609. | DO XO RUBICINUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 610. | DO XO RUBICINUM | D30.0 | NERKA |
| 611. | DO XO RUBICINUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 612. | DO XO RUBICINUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 613. | DO XO RUBICINUM | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | DO XO RUBICINUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 615. | DO XO RUBICINUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 616. | DO XO RUBICINUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 617. | DO XO RUBICINUM | D31 | 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. | DO XO RUBICINUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 637. | DO XO RUBICINUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 638. | DO XO RUBICINUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 639. | DO XO RUBICINUM | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 640. | DO XO RUBICINUM | D35.0 | NADNERCZA |
| 641. | DO XO RUBICINUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 642. | DO XO RUBICINUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 643. | DO XO RUBICINUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 644. | DO XO RUBICINUM | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 645. | DO XO RUBICINUM | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 646. | DO XO RUBICINUM | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 647. | DO XO RUBICINUM | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 648. | DO XO RUBICINUM | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 649. | DO XO RUBICINUM | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 650. | DO XO RUBICINUM | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 651. | DO XO RUBICINUM | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 652. | DO XO RUBICINUM | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 653. | DO XO RUBICINUM | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 654. | DO XO RUBICINUM | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 655. | DO XO RUBICINUM | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 656. | DO XO RUBICINUM | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 657. | DO XO RUBICINUM | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 658. | DO XO RUBICINUM | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 659. | DO XO RUBICINUM | D37.3 | JELIO ŚLEPE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 660. | DO XO RUBICINUM | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 661. | DO XO RUBICINUM | D37.5 | ODBYTNICA |
| 662. | DO XO RUBICINUM | D37.6 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 663. | DO XO RUBICINUM | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 664. | DO XO RUBICINUM | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 665. | DO XO RUBICINUM | D38 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 666. | DO XO RUBICINUM | D38.0 | KRTAŃ |
| 667. | DO XO RUBICINUM | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 668. | DO XO RUBICINUM | D38.2 | OPŁUCNA |
| 669. | DO XO RUBICINUM | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 670. | DO XO RUBICINUM | D38.4 | GRASICA |
| 671. | DO XO RUBICINUM | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 672. | DO XO RUBICINUM | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 673. | DO XO RUBICINUM | D39 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 674. | DO XO RUBICINUM | D39.0 | MACICA |
| 675. | DO XO RUBICINUM | D39.1 | JAJNIK |
| 676. | DO XO RUBICINUM | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 677. | DO XO RUBICINUM | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 678. | DO XO RUBICINUM | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | DO XO RUBICINUM | D40 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 680. | DO XO RUBICINUM | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 681. | DO XO RUBICINUM | D40.1 | JĄDRO |
| 682. | DO XO RUBICINUM | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|--|
| 683. | DO XO RUBICINUM | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 684. | DO XO RUBICINUM | D41 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 685. | DO XO RUBICINUM | D41.0 | NERKA |
| 686. | DO XO RUBICINUM | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 687. | DO XO RUBICINUM | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 688. | DO XO RUBICINUM | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 689. | DO XO RUBICINUM | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 690. | DO XO RUBICINUM | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 691. | DO XO RUBICINUM | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 692. | DO XO RUBICINUM | D42 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 693. | DO XO RUBICINUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 694. | DO XO RUBICINUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 695. | DO XO RUBICINUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 696. | DO XO RUBICINUM | D43 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 697. | DO XO RUBICINUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 698. | DO XO RUBICINUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 699. | DO XO RUBICINUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 700. | DO XO RUBICINUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 701. | DO XO RUBICINUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 702. | DO XO RUBICINUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 703. | DO XO RUBICINUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 704. | DO XO RUBICINUM | D44 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 705. | DO XO RUBICINUM | D44.0 | TARCZYCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 706. | DO XO RUBICINUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 707. | DO XO RUBICINUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 708. | DO XO RUBICINUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 709. | DO XO RUBICINUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 710. | DO XO RUBICINUM | D44.5 | 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 ZAOTRZEWNA |
| 723. | DO XO RUBICINUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 724. | DO XO RUBICINUM | D48.5 | SKÓRA |
| 725. | DO XO RUBICINUM | D48.6 | SUTEK |
| 726. | DO XO RUBICINUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 727. | DO XO RUBICINUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 728. | DO XO RUBICINUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 729. | DO XO RUBICINUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 730. | DO XO RUBICINUM | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 731. | DO XO RUBICINUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 732. | DO XO RUBICINUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 733. | DO XO RUBICINUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 734. | DO XO RUBICINUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 735. | DO XO RUBICINUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 736. | DO XO RUBICINUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH |
| 737. | DO XO RUBICINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 738. | DO XO RUBICINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--------------------------------------|
| 1. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 2. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 3. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 4. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 5. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 6. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 7. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 8. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 9. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 10. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej $\geq 200\text{mg/m}^2$;

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 Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|-------------------------|
| 1 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 6 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 7 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 9 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 10 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 11 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 12 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 19 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 20 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 28 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 30 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36 | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY-DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|--|
| 1. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46 | MIĘSAK KAPOS'I EGO |
| 2. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY |
| 3. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 4. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA |
| 5. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 6. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 7. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 8. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY |
| 9. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 10. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 11. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 12. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 13. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 14. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 15. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 16. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 17. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 18. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 19. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 20. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 21. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 22. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 23. | DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1 | EPIRUBICINUM | C11 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 2 | EPIRUBICINUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 3 | EPIRUBICINUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 4 | EPIRUBICINUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 5 | EPIRUBICINUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 6 | EPIRUBICINUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 7 | EPIRUBICINUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | EPIRUBICINUM | C15 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU |
| 9 | EPIRUBICINUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 10 | EPIRUBICINUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 11 | EPIRUBICINUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 12 | EPIRUBICINUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 13 | EPIRUBICINUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 14 | EPIRUBICINUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 15 | EPIRUBICINUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU |
| 16 | EPIRUBICINUM | C15.9 | PRZELYK, NIEOKREŚLONY |
| 17 | EPIRUBICINUM | C16 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 18 | EPIRUBICINUM | C16.0 | WPUST |
| 19 | EPIRUBICINUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 20 | EPIRUBICINUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 21 | EPIRUBICINUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 22 | EPIRUBICINUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 23 | EPIRUBICINUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | EPIRUBICINUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 25 | EPIRUBICINUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 26 | EPIRUBICINUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 27 | EPIRUBICINUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 28 | EPIRUBICINUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 29 | EPIRUBICINUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 30 | EPIRUBICINUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 31 | EPIRUBICINUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 32 | EPIRUBICINUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 33 | EPIRUBICINUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 34 | EPIRUBICINUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 35 | EPIRUBICINUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 36 | EPIRUBICINUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 37 | EPIRUBICINUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 38 | EPIRUBICINUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 39 | EPIRUBICINUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 40 | EPIRUBICINUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 41 | EPIRUBICINUM | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 42 | EPIRUBICINUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 43 | EPIRUBICINUM | C41.1 | ŻUCHWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 44 | EPIRUBICINUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 45 | EPIRUBICINUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 46 | EPIRUBICINUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 47 | EPIRUBICINUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 48 | EPIRUBICINUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 49 | EPIRUBICINUM | C46 | MIĘSAK KAPOSI'EGO |
| 50 | EPIRUBICINUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 51 | EPIRUBICINUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 52 | EPIRUBICINUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |
| 53 | EPIRUBICINUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 54 | EPIRUBICINUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 55 | EPIRUBICINUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 56 | EPIRUBICINUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY |
| 57 | EPIRUBICINUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 58 | EPIRUBICINUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 59 | EPIRUBICINUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 60 | EPIRUBICINUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 61 | EPIRUBICINUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 62 | EPIRUBICINUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 63 | EPIRUBICINUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 64 | EPIRUBICINUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 65 | EPIRUBICINUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 66 | EPIRUBICINUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 67 | EPIRUBICINUM | C48 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 68 | EPIRUBICINUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 69 | EPIRUBICINUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 70 | EPIRUBICINUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 71 | EPIRUBICINUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 72 | EPIRUBICINUM | C49 | NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 73 | EPIRUBICINUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 74 | EPIRUBICINUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 75 | EPIRUBICINUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 76 | EPIRUBICINUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 77 | EPIRUBICINUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 78 | EPIRUBICINUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 79 | EPIRUBICINUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 80 | EPIRUBICINUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 81 | EPIRUBICINUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 82 | EPIRUBICINUM | C50 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 83 | EPIRUBICINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 84 | EPIRUBICINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 85 | EPIRUBICINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 86 | EPIRUBICINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 87 | EPIRUBICINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 88 | EPIRUBICINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 89 | EPIRUBICINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 90 | EPIRUBICINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 91 | EPIRUBICINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 92 | EPIRUBICINUM | C54 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 93 | EPIRUBICINUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 94 | EPIRUBICINUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 95 | EPIRUBICINUM | C54.2 | MIEŚNIÓWKA MACICY |
| 96 | EPIRUBICINUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 97 | EPIRUBICINUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 98 | EPIRUBICINUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 99 | EPIRUBICINUM | C55 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 100 | EPIRUBICINUM | C56 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 101 | EPIRUBICINUM | C57 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 102 | EPIRUBICINUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 103 | EPIRUBICINUM | C57.1 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |
| 104 | EPIRUBICINUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBŁE MACICY |
| 105 | EPIRUBICINUM | C57.3 | PRZYMAGICZA |
| 106 | EPIRUBICINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 107 | EPIRUBICINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 108 | EPIRUBICINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 109 | EPIRUBICINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 110 | EPIRUBICINUM | C80 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | EPIRUBICINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 112 | EPIRUBICINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 113 | EPIRUBICINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 114 | EPIRUBICINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 115 | EPIRUBICINUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 116 | EPIRUBICINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 117 | EPIRUBICINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 118 | EPIRUBICINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 119 | EPIRUBICINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 120 | EPIRUBICINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 121 | EPIRUBICINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 122 | EPIRUBICINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 123 | EPIRUBICINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 124 | EPIRUBICINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 125 | EPIRUBICINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 126 | EPIRUBICINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 127 | EPIRUBICINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 128 | EPIRUBICINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 129 | EPIRUBICINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 130 | EPIRUBICINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 131 | EPIRUBICINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 132 | EPIRUBICINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 133 | EPIRUBICINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 134 | EPIRUBICINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 135 | EPIRUBICINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 136 | EPIRUBICINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 137 | EPIRUBICINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 138 | EPIRUBICINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 139 | EPIRUBICINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 140 | EPIRUBICINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 141 | EPIRUBICINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 142 | EPIRUBICINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 143 | EPIRUBICINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 144 | EPIRUBICINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 145 | EPIRUBICINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 146 | EPIRUBICINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 147 | EPIRUBICINUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 148 | EPIRUBICINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 149 | EPIRUBICINUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 150 | EPIRUBICINUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 151 | EPIRUBICINUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 152 | EPIRUBICINUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 153 | EPIRUBICINUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 154 | EPIRUBICINUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 155 | EPIRUBICINUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 156 | EPIRUBICINUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA |
| 157 | EPIRUBICINUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 158 | EPIRUBICINUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 159 | EPIRUBICINUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 160 | EPIRUBICINUM | C91.1 | PRZEWELEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 161 | EPIRUBICINUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 162 | EPIRUBICINUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 163 | EPIRUBICINUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 164 | EPIRUBICINUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 165 | EPIRUBICINUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 166 | EPIRUBICINUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 167 | EPIRUBICINUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 168 | EPIRUBICINUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 169 | EPIRUBICINUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 170 | EPIRUBICINUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 171 | EPIRUBICINUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 172 | EPIRUBICINUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 173 | EPIRUBICINUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 174 | EPIRUBICINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 175 | EPIRUBICINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 176 | EPIRUBICINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 177 | EPIRUBICINUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 178 | EPIRUBICINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 179 | EPIRUBICINUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 180 | EPIRUBICINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 181 | EPIRUBICINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 182 | EPIRUBICINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 183 | EPIRUBICINUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 184 | EPIRUBICINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 185 | EPIRUBICINUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 186 | EPIRUBICINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 187 | EPIRUBICINUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 188 | EPIRUBICINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 189 | EPIRUBICINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 190 | EPIRUBICINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 191 | EPIRUBICINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 192 | EPIRUBICINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 193 | EPIRUBICINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 194 | EPIRUBICINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 195 | EPIRUBICINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 196 | EPIRUBICINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 197 | EPIRUBICINUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 198 | EPIRUBICINUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 199 | EPIRUBICINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 200 | EPIRUBICINUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 201 | EPIRUBICINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 202 | EPIRUBICINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 203 | EPIRUBICINUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 204 | EPIRUBICINUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 205 | EPIRUBICINUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 206 | EPIRUBICINUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 207 | EPIRUBICINUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 208 | EPIRUBICINUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 209 | EPIRUBICINUM | D48.5 | SKÓRA |
| 210 | EPIRUBICINUM | D48.6 | SUTEK |
| 211 | EPIRUBICINUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 212 | EPIRUBICINUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 213 | EPIRUBICINUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 214 | EPIRUBICINUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 215 | EPIRUBICINUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 216 | EPIRUBICINUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 217 | EPIRUBICINUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 218 | EPIRUBICINUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH |
| 219 | EPIRUBICINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 220 | EPIRUBICINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.24.

ETOPOSIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1 | ETOPOSIDUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | ETOPOSIDUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | ETOPOSIDUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | ETOPOSIDUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | ETOPOSIDUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | ETOPOSIDUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | ETOPOSIDUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | ETOPOSIDUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | ETOPOSIDUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | ETOPOSIDUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | ETOPOSIDUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | ETOPOSIDUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | ETOPOSIDUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | ETOPOSIDUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | ETOPOSIDUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | ETOPOSIDUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | ETOPOSIDUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | ETOPOSIDUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | ETOPOSIDUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 20 | ETIOPOSIDUM | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA |
| 21 | ETIOPOSIDUM | C03.0 | DZIAŚŁO GÓRNE |
| 22 | ETIOPOSIDUM | C03.1 | DZIAŚŁO DOLNE |
| 23 | ETIOPOSIDUM | C03.9 | DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24 | ETIOPOSIDUM | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25 | ETIOPOSIDUM | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26 | ETIOPOSIDUM | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27 | ETIOPOSIDUM | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28 | ETIOPOSIDUM | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29 | ETIOPOSIDUM | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30 | ETIOPOSIDUM | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31 | ETIOPOSIDUM | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32 | ETIOPOSIDUM | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33 | ETIOPOSIDUM | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34 | ETIOPOSIDUM | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35 | ETIOPOSIDUM | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36 | ETIOPOSIDUM | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37 | ETIOPOSIDUM | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38 | ETIOPOSIDUM | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39 | ETIOPOSIDUM | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40 | ETIOPOSIDUM | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41 | ETIOPOSIDUM | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42 | ETIOPOSIDUM | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 43 | ETO POSIDUM | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44 | ETO POSIDUM | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45 | ETO POSIDUM | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46 | ETO POSIDUM | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47 | ETO POSIDUM | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48 | ETO POSIDUM | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49 | ETO POSIDUM | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50 | ETO POSIDUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51 | ETO POSIDUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52 | ETO POSIDUM | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53 | ETO POSIDUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54 | ETO POSIDUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55 | ETO POSIDUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56 | ETO POSIDUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57 | ETO POSIDUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58 | ETO POSIDUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59 | ETO POSIDUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60 | ETO POSIDUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61 | ETO POSIDUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62 | ETO POSIDUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63 | ETO POSIDUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64 | ETO POSIDUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65 | ETO POSIDUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66 | ETO POSIDUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 67 | EIO POSIDUM | C12 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | EIO POSIDUM | C13 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | EIO POSIDUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | EIO POSIDUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | EIO POSIDUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | EIO POSIDUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | EIO POSIDUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | EIO POSIDUM | C14 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | EIO POSIDUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | EIO POSIDUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | EIO POSIDUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | EIO POSIDUM | C16 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79 | EIO POSIDUM | C16.0 | WPUST |
| 80 | EIO POSIDUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81 | EIO POSIDUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82 | EIO POSIDUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83 | EIO POSIDUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84 | EIO POSIDUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85 | EIO POSIDUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86 | EIO POSIDUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87 | EIO POSIDUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88 | EIO POSIDUM | C17 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89 | EIO POSIDUM | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 90 | ETOPOSIDUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91 | ETOPOSIDUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92 | ETOPOSIDUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 93 | ETOPOSIDUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94 | ETOPOSIDUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95 | ETOPOSIDUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96 | ETOPOSIDUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | ETOPOSIDUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | ETOPOSIDUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | ETOPOSIDUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | ETOPOSIDUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | ETOPOSIDUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | ETOPOSIDUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | ETOPOSIDUM | C18.7 | ESICA |
| 104 | ETOPOSIDUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | ETOPOSIDUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | ETOPOSIDUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | ETOPOSIDUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | ETOPOSIDUM | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | ETOPOSIDUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | ETOPOSIDUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | ETOPOSIDUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | ETOPOSIDUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | ETOPOSIDUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 114 | EIO POSIDUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | EIO POSIDUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | EIO POSIDUM | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | EIO POSIDUM | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | EIO POSIDUM | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | EIO POSIDUM | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | EIO POSIDUM | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 121 | EIO POSIDUM | C23 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO |
| 122 | EIO POSIDUM | C24 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 123 | EIO POSIDUM | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE |
| 124 | EIO POSIDUM | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 125 | EIO POSIDUM | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 126 | EIO POSIDUM | C24.9 | DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 127 | EIO POSIDUM | C25 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 128 | EIO POSIDUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 129 | EIO POSIDUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 130 | EIO POSIDUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131 | EIO POSIDUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132 | EIO POSIDUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133 | EIO POSIDUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134 | EIO POSIDUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135 | EIO POSIDUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136 | EIO POSIDUM | 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 | ETO POSIDUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138 | ETO POSIDUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139 | ETO POSIDUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140 | ETO POSIDUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141 | ETO POSIDUM | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142 | ETO POSIDUM | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143 | ETO POSIDUM | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144 | ETO POSIDUM | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145 | ETO POSIDUM | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146 | ETO POSIDUM | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147 | ETO POSIDUM | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148 | ETO POSIDUM | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149 | ETO POSIDUM | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150 | ETO POSIDUM | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151 | ETO POSIDUM | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152 | ETO POSIDUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153 | ETO POSIDUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154 | ETO POSIDUM | C34.1 | PLĄT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155 | ETO POSIDUM | C34.2 | PLĄT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156 | ETO POSIDUM | C34.3 | PLĄT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 157 | ETO POSIDUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158 | ETO POSIDUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159 | ETO POSIDUM | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160 | ETO POSIDUM | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 161 | ETOPOSIDUM | C38.0 | SERCE |
| 162 | ETOPOSIDUM | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163 | ETOPOSIDUM | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164 | ETOPOSIDUM | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 165 | ETOPOSIDUM | C38.4 | OPLUCNA |
| 166 | ETOPOSIDUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 167 | ETOPOSIDUM | C39 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 168 | ETOPOSIDUM | C39.0 | GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 169 | ETOPOSIDUM | C39.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 170 | ETOPOSIDUM | C39.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 171 | ETOPOSIDUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 172 | ETOPOSIDUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 173 | ETOPOSIDUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 174 | ETOPOSIDUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 175 | ETOPOSIDUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 176 | ETOPOSIDUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 177 | ETOPOSIDUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 178 | ETOPOSIDUM | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 179 | ETOPOSIDUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 180 | ETOPOSIDUM | C41.1 | ŻUCHWA |
| 181 | ETOPOSIDUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |
| 182 | ETOPOSIDUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 183 | ETOPOSIDUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184 | ETOPOSIDUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185 | ETOPOSIDUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186 | ETOPOSIDUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187 | ETOPOSIDUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188 | ETOPOSIDUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189 | ETOPOSIDUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190 | ETOPOSIDUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191 | ETOPOSIDUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192 | ETOPOSIDUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193 | ETOPOSIDUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194 | ETOPOSIDUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195 | ETOPOSIDUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196 | ETOPOSIDUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197 | ETOPOSIDUM | C46 | MIĘSAK KAPOSIEGO |
| 198 | ETOPOSIDUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY |
| 199 | ETOPOSIDUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 200 | ETOPOSIDUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA |
| 201 | ETOPOSIDUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 202 | ETOPOSIDUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 203 | ETOPOSIDUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 204 | ETOPOSIDUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY |
| 205 | ETOPOSIDUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 206 | ETO POSIDUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 207 | ETO POSIDUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 208 | ETO POSIDUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 209 | ETO POSIDUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 210 | ETO POSIDUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 211 | ETO POSIDUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 212 | ETO POSIDUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 213 | ETO POSIDUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 214 | ETO POSIDUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 215 | ETO POSIDUM | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 216 | ETO POSIDUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 217 | ETO POSIDUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 218 | ETO POSIDUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 219 | ETO POSIDUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 220 | ETO POSIDUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 221 | ETO POSIDUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 222 | ETO POSIDUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 223 | ETO POSIDUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 224 | ETO POSIDUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 225 | ETO POSIDUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 226 | ETO POSIDUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 227 | ETO POSIDUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 228 | ETOPOSIDUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 229 | ETOPOSIDUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 230 | ETOPOSIDUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 231 | ETOPOSIDUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 232 | ETOPOSIDUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 233 | ETOPOSIDUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 234 | ETOPOSIDUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235 | ETOPOSIDUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 236 | ETOPOSIDUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237 | ETOPOSIDUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 238 | ETOPOSIDUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 239 | ETOPOSIDUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 240 | ETOPOSIDUM | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 241 | ETOPOSIDUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 242 | ETOPOSIDUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 243 | ETOPOSIDUM | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 244 | ETOPOSIDUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 245 | ETOPOSIDUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 246 | ETOPOSIDUM | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 247 | ETOPOSIDUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 248 | ETOPOSIDUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 249 | ETOPOSIDUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 250 | ETOPOSIDUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 251 | ETOPOSIDUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 252 | ETO POSIDUM | C54 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 253 | ETO POSIDUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 254 | ETO POSIDUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 255 | ETO POSIDUM | C54.2 | MIEŚNIÓWKA MACICY |
| 256 | ETO POSIDUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 257 | ETO POSIDUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 258 | ETO POSIDUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 259 | ETO POSIDUM | C55 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 260 | ETO POSIDUM | C56 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 261 | ETO POSIDUM | C57 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 262 | ETO POSIDUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 263 | ETO POSIDUM | C57.1 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |
| 264 | ETO POSIDUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBLĘ MACICY |
| 265 | ETO POSIDUM | C57.3 | PRZYMATICZA |
| 266 | ETO POSIDUM | C57.4 | PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE |
| 267 | ETO POSIDUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 268 | ETO POSIDUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 269 | ETO POSIDUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 270 | ETO POSIDUM | C58 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 271 | ETO POSIDUM | C60 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 272 | ETO POSIDUM | C60.0 | NAPLETEK |
| 273 | ETO POSIDUM | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 274 | ETO POSIDUM | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 275 | ETO POSIDUM | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 276 | ETO POSIDUM | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 277 | ETO POSIDUM | C61 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 278 | ETO POSIDUM | C62 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 279 | ETO POSIDUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 280 | ETO POSIDUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 281 | ETO POSIDUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 282 | ETO POSIDUM | C63 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283 | ETO POSIDUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 284 | ETO POSIDUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 285 | ETO POSIDUM | C63.2 | MOSZNA |
| 286 | ETO POSIDUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 287 | ETO POSIDUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 288 | ETO POSIDUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 289 | ETO POSIDUM | C64 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 290 | ETO POSIDUM | C65 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 291 | ETO POSIDUM | C66 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 292 | ETO POSIDUM | C67 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 293 | ETO POSIDUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 294 | ETO POSIDUM | C67.1 | SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 295 | ETO POSIDUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 296 | ETO POSIDUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 297 | ETO POSIDUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 298 | ETO POSIDUM | C67.5 | SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 299 | ETO POSIDUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 300 | ETIOPOSIDUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 301 | ETIOPOSIDUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302 | ETIOPOSIDUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 303 | ETIOPOSIDUM | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 304 | ETIOPOSIDUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 305 | ETIOPOSIDUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 306 | ETIOPOSIDUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 307 | ETIOPOSIDUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 308 | ETIOPOSIDUM | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 309 | ETIOPOSIDUM | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 310 | ETIOPOSIDUM | C69.1 | ROGÓWKA |
| 311 | ETIOPOSIDUM | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 312 | ETIOPOSIDUM | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 313 | ETIOPOSIDUM | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 314 | ETIOPOSIDUM | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 315 | ETIOPOSIDUM | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 316 | ETIOPOSIDUM | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 317 | ETIOPOSIDUM | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 318 | ETIOPOSIDUM | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 319 | ETIOPOSIDUM | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 320 | ETIOPOSIDUM | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 321 | ETIOPOSIDUM | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 322 | ETIOPOSIDUM | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 323 | ETIOPOSIDUM | C71.0 | MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 324 | ETOPOSIDUM | C71.1 | PLAT CZOŁOWY |
| 325 | ETOPOSIDUM | C71.2 | PLAT SKRONIOWY |
| 326 | ETOPOSIDUM | C71.3 | PLAT CIEMIENOWY |
| 327 | ETOPOSIDUM | C71.4 | PLAT POTYLICZNY |
| 328 | ETOPOSIDUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 329 | ETOPOSIDUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 330 | ETOPOSIDUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 331 | ETOPOSIDUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 332 | ETOPOSIDUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 333 | ETOPOSIDUM | C72 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 334 | ETOPOSIDUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 335 | ETOPOSIDUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 336 | ETOPOSIDUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 337 | ETOPOSIDUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 338 | ETOPOSIDUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 339 | ETOPOSIDUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 340 | ETOPOSIDUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 341 | ETOPOSIDUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 342 | ETOPOSIDUM | C73 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 343 | ETOPOSIDUM | C74 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 344 | ETOPOSIDUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 345 | ETOPOSIDUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 346 | ETOPOSIDUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 347 | EIO POSIDUM | C75 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 348 | EIO POSIDUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 349 | EIO POSIDUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 350 | EIO POSIDUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 351 | EIO POSIDUM | C75.3 | SZYSZYNKA |
| 352 | EIO POSIDUM | C75.4 | KLĘBEK SZYJNY |
| 353 | EIO POSIDUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 354 | EIO POSIDUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 355 | EIO POSIDUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 356 | EIO POSIDUM | C76 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 357 | EIO POSIDUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 358 | EIO POSIDUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 359 | EIO POSIDUM | C76.2 | BRZUCH |
| 360 | EIO POSIDUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 361 | EIO POSIDUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 362 | EIO POSIDUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 363 | EIO POSIDUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 364 | EIO POSIDUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 365 | EIO POSIDUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 366 | EIO POSIDUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 367 | EIO POSIDUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 368 | EIO POSIDUM | C77.2 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ |
| 369 | EIO POSIDUM | C77.3 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 370 | ETIOPOSIDUM | C77.4 | WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY |
| 371 | ETIOPOSIDUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 372 | ETIOPOSIDUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 373 | ETIOPOSIDUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 374 | ETIOPOSIDUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO |
| 375 | ETIOPOSIDUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 376 | ETIOPOSIDUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 377 | ETIOPOSIDUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 378 | ETIOPOSIDUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 379 | ETIOPOSIDUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 380 | ETIOPOSIDUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 381 | ETIOPOSIDUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 382 | ETIOPOSIDUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 383 | ETIOPOSIDUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 384 | ETIOPOSIDUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 385 | ETIOPOSIDUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 386 | ETIOPOSIDUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 387 | ETIOPOSIDUM | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 388 | ETIOPOSIDUM | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 389 | ETIOPOSIDUM | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 390 | ETIOPOSIDUM | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 391 | ETIOPOSIDUM | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 392 | ETO POSIDUM | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 393 | ETO POSIDUM | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 394 | ETO POSIDUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 395 | ETO POSIDUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 396 | ETO POSIDUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 397 | ETO POSIDUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 398 | ETO POSIDUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 399 | ETO POSIDUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 400 | ETO POSIDUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 401 | ETO POSIDUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 402 | ETO POSIDUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 403 | ETO POSIDUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 404 | ETO POSIDUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 405 | ETO POSIDUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 406 | ETO POSIDUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 407 | ETO POSIDUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | ETO POSIDUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 409 | ETO POSIDUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 410 | ETO POSIDUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 411 | ETO POSIDUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 412 | ETO POSIDUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 413 | ETO POSIDUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 414 | ETO POSIDUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 415 | ETO POSIDUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 416 | ETO POSIDUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 417 | ETO POSIDUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 418 | ETO POSIDUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 419 | ETO POSIDUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420 | ETO POSIDUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 421 | ETO POSIDUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 422 | ETO POSIDUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 423 | ETO POSIDUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 424 | ETO POSIDUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 425 | ETO POSIDUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 426 | ETO POSIDUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 427 | ETO POSIDUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 428 | ETO POSIDUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 429 | ETO POSIDUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 430 | ETO POSIDUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 431 | ETO POSIDUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432 | ETO POSIDUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA |
| 433 | ETO POSIDUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 434 | ETO POSIDUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 435 | ETO POSIDUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 436 | ETO POSIDUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 437 | ETO POSIDUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 438 | ETO POSIDUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 439 | ETOPOSIDUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 440 | ETOPOSIDUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 441 | ETOPOSIDUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 442 | ETOPOSIDUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 443 | ETOPOSIDUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 444 | ETOPOSIDUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 445 | ETOPOSIDUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 446 | ETOPOSIDUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 447 | ETOPOSIDUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 448 | ETOPOSIDUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 449 | ETOPOSIDUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 450 | ETOPOSIDUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 451 | ETOPOSIDUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 452 | ETOPOSIDUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 453 | ETOPOSIDUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454 | ETOPOSIDUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | ETOPOSIDUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 456 | ETOPOSIDUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 457 | ETOPOSIDUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 458 | ETOPOSIDUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459 | ETOPOSIDUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 460 | ETOPOSIDUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 461 | ETOPOSIDUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 462 | ETOPOSIDUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 463 | ETO POSIDUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 464 | ETO POSIDUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | ETO POSIDUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466 | ETO POSIDUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 467 | ETO POSIDUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 468 | ETO POSIDUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 469 | ETO POSIDUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 470 | ETO POSIDUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 471 | ETO POSIDUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 472 | ETO POSIDUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 473 | ETO POSIDUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 474 | ETO POSIDUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 475 | ETO POSIDUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 476 | ETO POSIDUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 477 | ETO POSIDUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | ETO POSIDUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | ETO POSIDUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 480 | ETO POSIDUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 481 | ETO POSIDUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 482 | ETO POSIDUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 483 | ETO POSIDUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 484 | ETO POSIDUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 485 | ETO POSIDUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 486 | ETOPOSIDUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 487 | ETOPOSIDUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 488 | ETOPOSIDUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 489 | ETOPOSIDUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 490 | ETOPOSIDUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 491 | ETOPOSIDUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 492 | ETOPOSIDUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 493 | ETOPOSIDUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 494 | ETOPOSIDUM | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 495 | ETOPOSIDUM | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 496 | ETOPOSIDUM | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 497 | ETOPOSIDUM | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 498 | ETOPOSIDUM | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 499 | ETOPOSIDUM | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA |
| 500 | ETOPOSIDUM | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 501 | ETOPOSIDUM | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 502 | ETOPOSIDUM | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 503 | ETOPOSIDUM | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 504 | ETOPOSIDUM | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 505 | ETOPOSIDUM | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 506 | ETOPOSIDUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 507 | ETOPOSIDUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 508 | ETOPOSIDUM | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 509 | ETOPOSIDUM | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 510 | ETOPOSIDUM | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 511 | ETOPOSIDUM | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 512 | ETOPOSIDUM | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 513 | ETOPOSIDUM | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 514 | ETOPOSIDUM | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 515 | ETOPOSIDUM | D07.1 | SROM |
| 516 | ETOPOSIDUM | D07.2 | POCHWA |
| 517 | ETOPOSIDUM | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 518 | ETOPOSIDUM | D07.4 | PRĄCIE |
| 519 | ETOPOSIDUM | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 520 | ETOPOSIDUM | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 521 | ETOPOSIDUM | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 522 | ETOPOSIDUM | D09.0 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 523 | ETOPOSIDUM | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 524 | ETOPOSIDUM | D09.2 | OKO |
| 525 | ETOPOSIDUM | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 526 | ETOPOSIDUM | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 527 | ETOPOSIDUM | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 528 | ETOPOSIDUM | D10 | NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 529 | ETOPOSIDUM | D10.0 | WARGA |
| 530 | ETOPOSIDUM | D10.1 | JĘZYK |
| 531 | ETOPOSIDUM | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 532 | ETOPOSIDUM | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 533 | EIO POSIDUM | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 534 | EIO POSIDUM | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 535 | EIO POSIDUM | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 536 | EIO POSIDUM | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 537 | EIO POSIDUM | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 538 | EIO POSIDUM | D11 | NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 539 | EIO POSIDUM | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 540 | EIO POSIDUM | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 541 | EIO POSIDUM | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 542 | EIO POSIDUM | D12 | NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 543 | EIO POSIDUM | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 544 | EIO POSIDUM | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 545 | EIO POSIDUM | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 546 | EIO POSIDUM | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 547 | EIO POSIDUM | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 548 | EIO POSIDUM | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 549 | EIO POSIDUM | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 550 | EIO POSIDUM | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 551 | EIO POSIDUM | D12.8 | ODBYTNICA |
| 552 | EIO POSIDUM | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 553 | EIO POSIDUM | D13 | NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 554 | EIO POSIDUM | D13.0 | PRZEŁYK |
| 555 | EIO POSIDUM | D13.1 | ŻOŁĄDEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 556 | ETOPOSIDUM | D13.2 | DWUNASTNICA |
| 557 | ETOPOSIDUM | D13.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO |
| 558 | ETOPOSIDUM | D13.4 | WĄTROBA |
| 559 | ETOPOSIDUM | D13.5 | DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE |
| 560 | ETOPOSIDUM | D13.6 | TRZUSTKA |
| 561 | ETOPOSIDUM | D13.7 | WYSPY TRZUSTKI |
| 562 | ETOPOSIDUM | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 563 | ETOPOSIDUM | D14 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 564 | ETOPOSIDUM | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 565 | ETOPOSIDUM | D14.1 | KRTAŃ |
| 566 | ETOPOSIDUM | D14.2 | TCHAWICA |
| 567 | ETOPOSIDUM | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 568 | ETOPOSIDUM | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 569 | ETOPOSIDUM | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ |
| 570 | ETOPOSIDUM | D15.0 | GRASICA |
| 571 | ETOPOSIDUM | D15.1 | SERCE |
| 572 | ETOPOSIDUM | D15.2 | SRÓDPIERSIE |
| 573 | ETOPOSIDUM | D15.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 574 | ETOPOSIDUM | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 575 | ETOPOSIDUM | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 576 | ETOPOSIDUM | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 577 | ETOPOSIDUM | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 578 | ETOPOSIDUM | D16.2 | KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 579 | ETO POSIDUM | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 580 | ETO POSIDUM | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 581 | ETO POSIDUM | D16.5 | ŻUCHWA |
| 582 | ETO POSIDUM | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 583 | ETO POSIDUM | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 584 | ETO POSIDUM | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 585 | ETO POSIDUM | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 586 | ETO POSIDUM | D18 | NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 587 | ETO POSIDUM | D18.0 | NACZYNIAM KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 588 | ETO POSIDUM | D18.1 | NACZYNIAM CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 589 | ETO POSIDUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 590 | ETO POSIDUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 591 | ETO POSIDUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 592 | ETO POSIDUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 593 | ETO POSIDUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 594 | ETO POSIDUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 595 | ETO POSIDUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 596 | ETO POSIDUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 597 | ETO POSIDUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 598 | ETO POSIDUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 599 | ETO POSIDUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 600 | ETO POSIDUM | 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 | ETIOPOSIDUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 602 | ETIOPOSIDUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 603 | ETIOPOSIDUM | D28.0 | SROM |
| 604 | ETIOPOSIDUM | D28.1 | POCHWA |
| 605 | ETIOPOSIDUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 606 | ETIOPOSIDUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 607 | ETIOPOSIDUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 608 | ETIOPOSIDUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 609 | ETIOPOSIDUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 610 | ETIOPOSIDUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 611 | ETIOPOSIDUM | D29.2 | JĄDRO |
| 612 | ETIOPOSIDUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 613 | ETIOPOSIDUM | D29.4 | MOSZNA |
| 614 | ETIOPOSIDUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 615 | ETIOPOSIDUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616 | ETIOPOSIDUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 617 | ETIOPOSIDUM | D30.0 | NERKA |
| 618 | ETIOPOSIDUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 619 | ETIOPOSIDUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 620 | ETIOPOSIDUM | D30.3 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 621 | ETIOPOSIDUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 622 | ETIOPOSIDUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 623 | ETIOPOSIDUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 624 | ETIOPOSIDUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 625 | ETOPOSIDUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 626 | ETOPOSIDUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 627 | ETOPOSIDUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 628 | ETOPOSIDUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 629 | ETOPOSIDUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 630 | ETOPOSIDUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 631 | ETOPOSIDUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 632 | ETOPOSIDUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 633 | ETOPOSIDUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH |
| 634 | ETOPOSIDUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 635 | ETOPOSIDUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 636 | ETOPOSIDUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 637 | ETOPOSIDUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 638 | ETOPOSIDUM | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 639 | ETOPOSIDUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 640 | ETOPOSIDUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 641 | ETOPOSIDUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 642 | ETOPOSIDUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 643 | ETOPOSIDUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 644 | ETOPOSIDUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 645 | ETOPOSIDUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 646 | ETOPOSIDUM | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 647 | ETOPOSIDUM | D35.0 | NADNERCZA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 648 | ETOPOSIDUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 649 | ETOPOSIDUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 650 | ETOPOSIDUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 651 | ETOPOSIDUM | D35.4 | SZYSZYNKA |
| 652 | ETOPOSIDUM | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 653 | ETOPOSIDUM | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 654 | ETOPOSIDUM | D35.7 | INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 655 | ETOPOSIDUM | D35.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 656 | ETOPOSIDUM | D35.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 657 | ETOPOSIDUM | D36 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 658 | ETOPOSIDUM | D36.0 | WĘZŁY CHŁONNE |
| 659 | ETOPOSIDUM | D36.1 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 660 | ETOPOSIDUM | D36.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 661 | ETOPOSIDUM | D36.9 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 662 | ETOPOSIDUM | D37 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 663 | ETOPOSIDUM | D37.0 | WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO |
| 664 | ETOPOSIDUM | D37.1 | ŻOŁĄDEK |
| 665 | ETOPOSIDUM | D37.2 | JELITO CIENKIE |
| 666 | ETOPOSIDUM | D37.3 | JELIO ŚLEPE |
| 667 | ETOPOSIDUM | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 668 | ETOPOSIDUM | D37.5 | ODBYTNICA |
| 669 | ETOPOSIDUM | D37.6 | WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 670 | ETOPOSIDUM | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 671 | ETOPOSIDUM | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 672 | ETO POSIDUM | D38 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 673 | ETO POSIDUM | D38.0 | KRTAŃ |
| 674 | ETO POSIDUM | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 675 | ETO POSIDUM | D38.2 | OPLUCNA |
| 676 | ETO POSIDUM | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 677 | ETO POSIDUM | D38.4 | GRASICA |
| 678 | ETO POSIDUM | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 679 | ETO POSIDUM | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 680 | ETO POSIDUM | D39 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 681 | ETO POSIDUM | D39.0 | MACICA |
| 682 | ETO POSIDUM | D39.1 | JAJNIK |
| 683 | ETO POSIDUM | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 684 | ETO POSIDUM | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 685 | ETO POSIDUM | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 686 | ETO POSIDUM | D40 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 687 | ETO POSIDUM | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 688 | ETO POSIDUM | D40.1 | JĄDRO |
| 689 | ETO POSIDUM | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 690 | ETO POSIDUM | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 691 | ETO POSIDUM | D41 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 692 | ETO POSIDUM | D41.0 | NERKA |
| 693 | ETO POSIDUM | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 694 | ETIOPSIDUM | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 695 | ETIOPSIDUM | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 696 | ETIOPSIDUM | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 697 | ETIOPSIDUM | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 698 | ETIOPSIDUM | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 699 | ETIOPSIDUM | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 700 | ETIOPSIDUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 701 | ETIOPSIDUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 702 | ETIOPSIDUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 703 | ETIOPSIDUM | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 704 | ETIOPSIDUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 705 | ETIOPSIDUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 706 | ETIOPSIDUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 707 | ETIOPSIDUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 708 | ETIOPSIDUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 709 | ETIOPSIDUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 710 | ETIOPSIDUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 711 | ETIOPSIDUM | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 712 | ETIOPSIDUM | D44.0 | TARCZYCA |
| 713 | ETIOPSIDUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 714 | ETIOPSIDUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 715 | ETIOPSIDUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 716 | ETIOPSIDUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 717 | ETOPOSIDUM | D44.5 | SZYSZYNKA |
| 718 | ETOPOSIDUM | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 719 | ETOPOSIDUM | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 720 | ETOPOSIDUM | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 721 | ETOPOSIDUM | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 722 | ETOPOSIDUM | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA |
| 723 | ETOPOSIDUM | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 724 | ETOPOSIDUM | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 725 | ETOPOSIDUM | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 726 | ETOPOSIDUM | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW |
| 727 | ETOPOSIDUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 728 | ETOPOSIDUM | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 729 | ETOPOSIDUM | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 730 | ETOPOSIDUM | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |
| 731 | ETOPOSIDUM | D47 | INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 732 | ETOPOSIDUM | D47.0 | GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE |
| 733 | ETOPOSIDUM | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 734 | ETOPOSIDUM | D47.2 | GAMMOPATIA MONOKLONALNA |
| 735 | ETOPOSIDUM | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 736 | ETOPOSIDUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 737 | ETOPOSIDUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 738 | ETOPOSIDUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 739 | ETOPOSIDUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 740 | ETOPOSIDUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 741 | ETOPOSIDUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 742 | ETOPOSIDUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA |
| 743 | ETOPOSIDUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 744 | ETOPOSIDUM | D48.5 | SKÓRA |
| 745 | ETOPOSIDUM | D48.6 | SUTEK |
| 746 | ETOPOSIDUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 747 | ETOPOSIDUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 748 | ETOPOSIDUM | D63.0 | NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□) |
| 749 | ETOPOSIDUM | D63.8 | NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ |
| 750 | ETOPOSIDUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 751 | ETOPOSIDUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 752 | ETOPOSIDUM | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 753 | ETOPOSIDUM | D81.9 | ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE |
| 754 | ETOPOSIDUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 755 | ETOPOSIDUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 756 | ETOPOSIDUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 757 | ETOPOSIDUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 758 | ETOPOSIDUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 759 | ETO POSIDUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH |
| 760 | ETO POSIDUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 761 | ETO POSIDUM | 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 POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 13 | FLUDARABINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 14 | FLUDARABINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 15 | FLUDARABINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 16 | FLUDARABINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 17 | FLUDARABINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 18 | FLUDARABINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 19 | FLUDARABINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 20 | FLUDARABINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 21 | FLUDARABINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 22 | FLUDARABINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 23 | FLUDARABINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 24 | FLUDARABINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25 | FLUDARABINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26 | FLUDARABINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27 | FLUDARABINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 28 | FLUDARABINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29 | FLUDARABINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 30 | FLUDARABINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31 | FLUDARABINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 32 | FLUDARABINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33 | FLUDARABINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34 | FLUDARABINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35 | FLUDARABINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36 | FLUDARABINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37 | FLUDARABINUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 38 | FLUDARABINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA 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 DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 51 | FLUDARABINUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 52 | FLUDARABINUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 53 | FLUDARABINUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54 | FLUDARABINUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 55 | FLUDARABINUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 56 | FLUDARABINUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 57 | FLUDARABINUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 58 | FLUDARABINUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 59 | FLUDARABINUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 60 | FLUDARABINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 61 | FLUDARABINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 62 | FLUDARABINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 63 | FLUDARABINUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 64 | FLUDARABINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 65 | FLUDARABINUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 66 | FLUDARABINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 67 | FLUDARABINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 68 | FLUDARABINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 69 | FLUDARABINUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 70 | FLUDARABINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 71 | FLUDARABINUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 72 | FLUDARABINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 73 | FLUDARABINUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 74 | FLUDARABINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 75 | FLUDARABINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 76 | FLUDARABINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 77 | FLUDARABINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 78 | FLUDARABINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 79 | FLUDARABINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 80 | FLUDARABINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 81 | FLUDARABINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 82 | FLUDARABINUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 83 | FLUDARABINUM | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 84 | FLUDARABINUM | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 85 | FLUDARABINUM | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 86 | FLUDARABINUM | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOBLASTÓW |
| 87 | FLUDARABINUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOBLASTÓW 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 | MIGDALEK, 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 PRZĘLYKU |
| 79 | FLUORO URACILUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 80 | FLUORO URACILUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 81 | FLUORO URACILUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 82 | FLUORO URACILUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 83 | FLUORO URACILUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 84 | FLUORO URACILUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU |
| 85 | FLUORO URACILUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘLYKU |
| 86 | FLUORO URACILUM | C15.9 | PRZĘLYK, 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 | FLUORO URACILUM | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 162 | FLUORO URACILUM | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 163 | FLUORO URACILUM | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 164 | FLUORO URACILUM | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 165 | FLUORO URACILUM | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 166 | FLUORO URACILUM | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 167 | FLUORO URACILUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 168 | FLUORO URACILUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 169 | FLUORO URACILUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 170 | FLUORO URACILUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 171 | FLUORO URACILUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 172 | FLUORO URACILUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 173 | FLUORO URACILUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 174 | FLUORO URACILUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 175 | FLUORO URACILUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 176 | FLUORO URACILUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 177 | FLUORO URACILUM | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 178 | FLUORO URACILUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 179 | FLUORO URACILUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 180 | FLUORO URACILUM | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 181 | FLUORO URACILUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 182 | FLUORO URACILUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 183 | FLUORO URACILUM | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 184 | FLUORO URACILUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 185 | 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 OPLUCNEJ |
| 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 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 244 | FLUORO URACILUM | D48 | NOWOTWORY 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.

GEMCYTABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1 | GEMCYTABINUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 2 | GEMCYTABINUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 3 | GEMCYTABINUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 4 | GEMCYTABINUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 5 | GEMCYTABINUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 6 | GEMCYTABINUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 7 | GEMCYTABINUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 8 | GEMCYTABINUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH |
| 9 | GEMCYTABINUM | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO |
| 10 | GEMCYTABINUM | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 11 | GEMCYTABINUM | C24.0 | ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE |
| 12 | GEMCYTABINUM | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 13 | GEMCYTABINUM | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 14 | GEMCYTABINUM | C24.9 | DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 15 | GEMCYTABINUM | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 16 | GEMCYTABINUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 17 | GEMCYTABINUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 18 | GEMCYTABINUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 19 | GEMCYTABINUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 20 | GEMCYTABINUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 21 | GEMCYTABINUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 22 | GEMCYTABINUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 23 | GEMCYTABINUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | GEMCYTABINUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 25 | GEMCYTABINUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 26 | GEMCYTABINUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 27 | GEMCYTABINUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 28 | GEMCYTABINUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 29 | GEMCYTABINUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 30 | GEMCYTABINUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 31 | GEMCYTABINUM | C38.4 | OPLUCNA |
| 32 | GEMCYTABINUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 33 | GEMCYTABINUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 34 | GEMCYTABINUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 35 | GEMCYTABINUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 36 | GEMCYTABINUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 37 | GEMCYTABINUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 38 | GEMCYTABINUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 39 | GEMCYTABINUM | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |
| 40 | GEMCYTABINUM | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ |
| 41 | GEMCYTABINUM | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ |
| 42 | GEMCYTABINUM | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA |
| 43 | GEMCYTABINUM | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 44 | GEMCYTABINUM | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY |
| 45 | GEMCYTABINUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 46 | GEMCYTABINUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 47 | GEMCYTABINUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 48 | GEMCYTABINUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 49 | GEMCYTABINUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 50 | GEMCYTABINUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 51 | GEMCYTABINUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 52 | GEMCYTABINUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 53 | GEMCYTABINUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 54 | GEMCYTABINUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 55 | GEMCYTABINUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 56 | GEMCYTABINUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 57 | GEMCYTABINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 58 | GEMCYTABINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 59 | GEMCYTABINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 60 | GEMCYTABINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 61 | GEMCYTABINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 62 | GEMCYTABINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 63 | GEMCYTABINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 64 | GEMCYTABINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 65 | GEMCYTABINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 66 | GEMCYTABINUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 67 | GEMCYTABINUM | C54.0 | CIEŚN MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 68 | GEMCYTABINUM | C54.1 | BŁONA ŚLIZOWA MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 69 | GEMCYTABINUM | C54.2 | MIĘSNIOWKA MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 70 | GEMCYTABINUM | C54.3 | DNO MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 71 | GEMCYTABINUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 72 | GEMCYTABINUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i> |
| 73 | GEMCYTABINUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 74 | GEMCYTABINUM | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 75 | GEMCYTABINUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 76 | GEMCYTABINUM | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 77 | GEMCYTABINUM | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 78 | GEMCYTABINUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 79 | GEMCYTABINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 80 | GEMCYTABINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 81 | GEMCYTABINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 82 | GEMCYTABINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 83 | GEMCYTABINUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 84 | GEMCYTABINUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 85 | GEMCYTABINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 86 | GEMCYTABINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 87 | GEMCYTABINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 88 | GEMCYTABINUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku: nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i> |
| 89 | GEMCYTABINUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku: nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i> |
| 90 | GEMCYTABINUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 91 | GEMCYTABINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 92 | GEMCYTABINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 93 | GEMCYTABINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 94 | GEMCYTABINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 95 | GEMCYTABINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 96 | GEMCYTABINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 97 | GEMCYTABINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 98 | GEMCYTABINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 99 | GEMCYTABINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 100 | GEMCYTABINUM | C67.9 | PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 101 | GEMCYTABINUM | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 102 | GEMCYTABINUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 103 | GEMCYTABINUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 104 | GEMCYTABINUM | C76.2 | BRZUCH |
| 105 | GEMCYTABINUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 106 | GEMCYTABINUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 107 | GEMCYTABINUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 108 | GEMCYTABINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 109 | GEMCYTABINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 110 | GEMCYTABINUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | GEMCYTABINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 112 | GEMCYTABINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 113 | GEMCYTABINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 114 | GEMCYTABINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 115 | GEMCYTABINUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 116 | GEMCYTABINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 117 | GEMCYTABINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 118 | GEMCYTABINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 119 | GEMCYTABINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 120 | GEMCYTABINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| | | | GUZKOWY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 121 | GEMCYTABINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 122 | GEMCYTABINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 123 | GEMCYTABINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 124 | GEMCYTABINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 125 | GEMCYTABINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 126 | GEMCYTABINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 127 | GEMCYTABINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 128 | GEMCYTABINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 129 | GEMCYTABINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe |
| 130 | GEMCYTABINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| | | | <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 131 | GEMCYTABINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 132 | GEMCYTABINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 133 | GEMCYTABINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 134 | GEMCYTABINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 135 | GEMCYTABINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 136 | GEMCYTABINUM | C84.0 | ZIARNINIĄK GRZYBIASTY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 137 | GEMCYTABINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 138 | GEMCYTABINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 139 | GEMCYTABINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 140 | GEMCYTABINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 141 | GEMCYTABINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 142 | GEMCYTABINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 143 | GEMCYTABINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 144 | GEMCYTABINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 145 | GEMCYTABINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i> |
| 146 | GEMCYTABINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: 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 | IDARUBICIN | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 2 | IDARUBICIN | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 3 | IDARUBICIN | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 4 | IDARUBICIN | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 5 | IDARUBICIN | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 6 | IDARUBICIN | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 7 | IDARUBICIN | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 8 | IDARUBICIN | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 9 | IDARUBICIN | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 10 | IDARUBICIN | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 11 | IDARUBICIN | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 12 | IDARUBICIN | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 13 | IDARUBICIN | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 14 | IDARUBICIN | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 15 | IDARUBICIN | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 16 | IDARUBICIN | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 17 | IDARUBICIN | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 18 | IDARUBICIN | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 19 | IDARUBICIN | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 20 | IDARUBICIN | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 21 | IDARUBICIN | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 22 | IDARUBICIN | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 23 | IDARUBICIN | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 24 | IDARUBICIN | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 25 | IDARUBICIN | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 26 | IDARUBICIN | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 27 | IDARUBICIN | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 28 | IDARUBICIN | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 29 | IDARUBICIN | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 30 | IDARUBICIN | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 31 | IDARUBICIN | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 32 | IDARUBICIN | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 33 | IDARUBICIN | C76.2 | BRZUCH |
| 34 | IDARUBICIN | C76.3 | MIEDNICA |
| 35 | IDARUBICIN | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 36 | IDARUBICIN | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 37 | IDARUBICIN | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 38 | IDARUBICIN | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 39 | IDARUBICIN | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 40 | IDARUBICIN | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 41 | IDARUBICIN | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 42 | IDARUBICIN | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 43 | IDARUBICIN | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 44 | IDARUBICIN | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45 | IDARUBICIN | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 46 | IDARUBICIN | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 47 | IDARUBICIN | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 48 | IDARUBICIN | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 49 | IDARUBICIN | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 50 | IDARUBICIN | C91.5 | BIAŁACZKA 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 | MIEŚSAK 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 | IDARUBICIN | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE T KANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 89 | IDARUBICIN | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 90 | IDARUBICIN | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW |
| 91 | IDARUBICIN | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI |
| 92 | IDARUBICIN | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW |
| 93 | IDARUBICIN | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ |
| 94 | IDARUBICIN | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA |
| 95 | IDARUBICIN | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE |
| 96 | IDARUBICIN | D46.9 | ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1 | IFOSFAMIDUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2 | IFOSFAMIDUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3 | IFOSFAMIDUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4 | IFOSFAMIDUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5 | IFOSFAMIDUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6 | IFOSFAMIDUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7 | IFOSFAMIDUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8 | IFOSFAMIDUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9 | IFOSFAMIDUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10 | IFOSFAMIDUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11 | IFOSFAMIDUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12 | IFOSFAMIDUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13 | IFOSFAMIDUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14 | IFOSFAMIDUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15 | IFOSFAMIDUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16 | IFOSFAMIDUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17 | IFOSFAMIDUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18 | IFOSFAMIDUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19 | IFOSFAMIDUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20 | IFOSFAMIDUM | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 (HYPOPARYNX) |
| 69 | IFOSFAMIDUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | IFOSFAMIDUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 71 | IFOSFAMIDUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | IFOSFAMIDUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | IFOSFAMIDUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRT ANIOWA 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 | IFOSFAMIDUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97 | IFOSFAMIDUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98 | IFOSFAMIDUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99 | IFOSFAMIDUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100 | IFOSFAMIDUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101 | IFOSFAMIDUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102 | IFOSFAMIDUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 103 | IFOSFAMIDUM | C18.7 | ESICA |
| 104 | IFOSFAMIDUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105 | IFOSFAMIDUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106 | IFOSFAMIDUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107 | IFOSFAMIDUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108 | IFOSFAMIDUM | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109 | IFOSFAMIDUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110 | IFOSFAMIDUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111 | IFOSFAMIDUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112 | IFOSFAMIDUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113 | IFOSFAMIDUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 114 | IFOSFAMIDUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 115 | IFOSFAMIDUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 116 | IFOSFAMIDUM | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 117 | IFOSFAMIDUM | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 118 | IFOSFAMIDUM | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 119 | IFOSFAMIDUM | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 120 | IFOSFAMIDUM | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 121 | IFOSFAMIDUM | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 | OPLUCNA |
| 173 | IFOSFAMIDUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 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 DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 180 | IFOSFAMIDUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 181 | IFOSFAMIDUM | C40.2 | KOŚCI DŁGIE 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 | IFO SFAMIDUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 197 | IFO SFAMIDUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI T WARZY |
| 198 | IFO SFAMIDUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 199 | IFO SFAMIDUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 200 | IFO SFAMIDUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 201 | IFO SFAMIDUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 202 | IFO SFAMIDUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 203 | IFO SFAMIDUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 204 | IFO SFAMIDUM | C46 | MIĘSAK KAPOSI' EGO |
| 205 | IFO SFAMIDUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY |
| 206 | IFO SFAMIDUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI' EGO T KANKI MIĘKKIEJ |
| 207 | IFO SFAMIDUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA |
| 208 | IFO SFAMIDUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 209 | IFO SFAMIDUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 210 | IFO SFAMIDUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 211 | IFO SFAMIDUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 212 | IFO SFAMIDUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 213 | IFO SFAMIDUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, T WARZY I SZYI |
| 214 | IFO SFAMIDUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 215 | IFO SFAMIDUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 216 | IFO SFAMIDUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 217 | IFO SFAMIDUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 218 | IFO SFAMIDUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 219 | IFO SFAMIDUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 220 | IFO SFAMIDUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 221 | 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 | IFO SFAMIDUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 247 | IFO SFAMIDUM | C51 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 248 | IFO SFAMIDUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 249 | IFO SFAMIDUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 250 | IFO SFAMIDUM | C51.2 | ŁECHT ACZKA |
| 251 | IFO SFAMIDUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 252 | IFO SFAMIDUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 253 | IFO SFAMIDUM | C52 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 254 | IFO SFAMIDUM | C53 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 255 | IFO SFAMIDUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 256 | IFO SFAMIDUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 257 | IFO SFAMIDUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 258 | IFO SFAMIDUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 259 | IFO SFAMIDUM | C54 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 260 | IFO SFAMIDUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 261 | IFO SFAMIDUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 262 | IFO SFAMIDUM | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 263 | IFO SFAMIDUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 264 | IFO SFAMIDUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 265 | IFO SFAMIDUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 266 | IFO SFAMIDUM | C55 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 267 | IFO SFAMIDUM | C56 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 268 | IFO SFAMIDUM | C57 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 269 | IFO SFAMIDUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 270 | IFO SFAMIDUM | C57.1 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 271 | IFOSFAMIDUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY |
| 272 | IFOSFAMIDUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 273 | IFOSFAMIDUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 274 | IFOSFAMIDUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 275 | IFOSFAMIDUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 276 | IFOSFAMIDUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 277 | IFOSFAMIDUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 278 | IFOSFAMIDUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 279 | IFOSFAMIDUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 280 | IFOSFAMIDUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 281 | IFOSFAMIDUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 282 | IFOSFAMIDUM | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 283 | IFOSFAMIDUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 284 | IFOSFAMIDUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 285 | IFOSFAMIDUM | C63.2 | MOSZNA |
| 286 | IFOSFAMIDUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 287 | IFOSFAMIDUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 288 | IFOSFAMIDUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 289 | IFOSFAMIDUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 290 | IFOSFAMIDUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 291 | IFOSFAMIDUM | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 292 | IFOSFAMIDUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293 | IFOSFAMIDUM | C67.0 | 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 PRZYTYARCZOWY |
| 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 WNEŹRZA 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 | IFOSFAMIDUM | C77.5 | WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY |
| 372 | IFOSFAMIDUM | C77.8 | WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW |
| 373 | IFOSFAMIDUM | C77.9 | WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE |
| 374 | IFOSFAMIDUM | C78 | WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO |
| 375 | IFOSFAMIDUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |
| 376 | IFOSFAMIDUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 377 | IFOSFAMIDUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 378 | IFOSFAMIDUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 379 | IFOSFAMIDUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 380 | IFOSFAMIDUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 381 | IFOSFAMIDUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 382 | IFOSFAMIDUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 383 | IFOSFAMIDUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 384 | IFOSFAMIDUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 385 | IFOSFAMIDUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 386 | IFOSFAMIDUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 387 | IFOSFAMIDUM | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 388 | IFOSFAMIDUM | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 389 | IFOSFAMIDUM | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 390 | IFOSFAMIDUM | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 391 | IFOSFAMIDUM | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 392 | IFOSFAMIDUM | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 393 | IFOSFAMIDUM | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 394 | IFOSFAMIDUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 395 | IFOSFAMIDUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 396 | IFOSFAMIDUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 397 | IFOSFAMIDUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 398 | IFOSFAMIDUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 399 | IFOSFAMIDUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 400 | IFOSFAMIDUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 401 | IFOSFAMIDUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 402 | IFOSFAMIDUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 403 | IFOSFAMIDUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 404 | IFOSFAMIDUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 405 | IFOSFAMIDUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 406 | IFOSFAMIDUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 407 | IFOSFAMIDUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 408 | IFOSFAMIDUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 409 | IFOSFAMIDUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 410 | IFOSFAMIDUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 411 | IFOSFAMIDUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 412 | IFOSFAMIDUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 413 | IFOSFAMIDUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 414 | IFOSFAMIDUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 415 | IFOSFAMIDUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 416 | IFOSFAMIDUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 417 | IFOSFAMIDUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 418 | IFOSFAMIDUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 419 | IFOSFAMIDUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 420 | IFOSFAMIDUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 421 | IFOSFAMIDUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 422 | IFOSFAMIDUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 423 | IFOSFAMIDUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 424 | IFOSFAMIDUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 425 | IFOSFAMIDUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 426 | IFOSFAMIDUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 427 | IFOSFAMIDUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 428 | IFOSFAMIDUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 429 | IFOSFAMIDUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 430 | IFOSFAMIDUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 431 | IFOSFAMIDUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 432 | IFOSFAMIDUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTÖMA |
| 433 | IFOSFAMIDUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 434 | IFOSFAMIDUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 435 | IFOSFAMIDUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 436 | IFOSFAMIDUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 437 | IFOSFAMIDUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 438 | IFOSFAMIDUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 439 | IFOSFAMIDUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 440 | IFOSFAMIDUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 441 | IFOSFAMIDUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 442 | IFOSFAMIDUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 443 | IFOSFAMIDUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 444 | IFOSFAMIDUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 445 | IFOSFAMIDUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 446 | IFOSFAMIDUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 447 | IFOSFAMIDUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 448 | IFOSFAMIDUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 449 | IFOSFAMIDUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 450 | IFOSFAMIDUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 451 | IFOSFAMIDUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 452 | IFOSFAMIDUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 453 | IFOSFAMIDUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 454 | IFOSFAMIDUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 455 | IFOSFAMIDUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 456 | IFOSFAMIDUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 457 | IFOSFAMIDUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 458 | IFOSFAMIDUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459 | IFOSFAMIDUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 460 | IFOSFAMIDUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 461 | IFOSFAMIDUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 462 | IFOSFAMIDUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 463 | IFOSFAMIDUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 464 | IFOSFAMIDUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 465 | IFOSFAMIDUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466 | IFOSFAMIDUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 467 | IFOSFAMIDUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 468 | IFOSFAMIDUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 469 | IFOSFAMIDUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 470 | IFOSFAMIDUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 471 | IFOSFAMIDUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 472 | IFOSFAMIDUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 473 | IFOSFAMIDUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 474 | IFOSFAMIDUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 475 | IFOSFAMIDUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 476 | IFOSFAMIDUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 477 | IFOSFAMIDUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 478 | IFOSFAMIDUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 479 | IFOSFAMIDUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 480 | IFOSFAMIDUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, 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 KĄTEMOKA |
| 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 | PRZELYK |
| 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 DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 577 | IFOSFAMIDUM | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 578 | IFOSFAMIDUM | D16.2 | KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 579 | IFOSFAMIDUM | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 580 | IFOSFAMIDUM | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 581 | IFOSFAMIDUM | D16.5 | ŻUCHWA |
| 582 | IFOSFAMIDUM | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 583 | IFOSFAMIDUM | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 584 | IFOSFAMIDUM | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 585 | IFOSFAMIDUM | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 586 | IFOSFAMIDUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 587 | IFOSFAMIDUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 588 | IFOSFAMIDUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 589 | IFOSFAMIDUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 590 | IFOSFAMIDUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 591 | IFOSFAMIDUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 592 | IFOSFAMIDUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 593 | IFOSFAMIDUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 594 | IFOSFAMIDUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 595 | IFOSFAMIDUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 596 | IFOSFAMIDUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 597 | IFOSFAMIDUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 598 | IFOSFAMIDUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 599 | IFOSFAMIDUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 600 | IFOSFAMIDUM | D28.0 | SROM |
| 601 | IFOSFAMIDUM | D28.1 | POCHWA |
| 602 | IFOSFAMIDUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 603 | IFOSFAMIDUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 604 | IFOSFAMIDUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 605 | IFOSFAMIDUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 606 | IFOSFAMIDUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 607 | IFOSFAMIDUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 608 | IFOSFAMIDUM | D29.2 | JĄDRO |
| 609 | IFOSFAMIDUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 610 | IFOSFAMIDUM | D29.4 | MOSZNA |
| 611 | IFOSFAMIDUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 612 | IFOSFAMIDUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 613 | IFOSFAMIDUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 614 | IFOSFAMIDUM | D30.0 | NERKA |
| 615 | IFOSFAMIDUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 616 | IFOSFAMIDUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 617 | IFOSFAMIDUM | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 618 | IFOSFAMIDUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 619 | IFOSFAMIDUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 620 | IFOSFAMIDUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 621 | IFOSFAMIDUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 622 | IFOSFAMIDUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 623 | IFOSFAMIDUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 624 | IFOSFAMIDUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 625 | IFOSFAMIDUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 626 | IFOSFAMIDUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 627 | IFOSFAMIDUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 628 | IFOSFAMIDUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 629 | IFOSFAMIDUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 630 | IFOSFAMIDUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 631 | IFOSFAMIDUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 632 | IFOSFAMIDUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 633 | IFOSFAMIDUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 634 | IFOSFAMIDUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 635 | IFOSFAMIDUM | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 636 | IFOSFAMIDUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 637 | IFOSFAMIDUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 638 | IFOSFAMIDUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 639 | IFOSFAMIDUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 640 | IFOSFAMIDUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 641 | IFOSFAMIDUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 642 | IFOSFAMIDUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 643 | IFOSFAMIDUM | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 644 | IFOSFAMIDUM | D35.0 | NADNERCZA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 645 | IFOSFAMIDUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 646 | IFOSFAMIDUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 647 | IFOSFAMIDUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 648 | IFOSFAMIDUM | D35.4 | SZYSZYNKI |
| 649 | IFOSFAMIDUM | D35.5 | KLĘBEK 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | SZYSZYNKI |
| 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 | IFOSFAMIDUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 721 | IFOSFAMIDUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 722 | IFOSFAMIDUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 723 | IFOSFAMIDUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 724 | IFOSFAMIDUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 725 | IFOSFAMIDUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 726 | IFOSFAMIDUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA |
| 727 | IFOSFAMIDUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 728 | IFOSFAMIDUM | D48.5 | SKÓRA |
| 729 | IFOSFAMIDUM | D48.6 | SUTEK |
| 730 | IFOSFAMIDUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 731 | IFOSFAMIDUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 732 | IFOSFAMIDUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 733 | IFOSFAMIDUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 734 | IFOSFAMIDUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 735 | IFOSFAMIDUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 736 | IFOSFAMIDUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 737 | IFOSFAMIDUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 738 | IFOSFAMIDUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 739 | IFOSFAMIDUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWICZNEJ |
| 740 | IFOSFAMIDUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 741 | IFOSFAMIDUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | IRINOTECANUM | C15 | RAK PRZELYKU |
| 2. | IRINOTECANUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 3. | IRINOTECANUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 4. | IRINOTECANUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 5. | IRINOTECANUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 6. | IRINOTECANUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 7. | IRINOTECANUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU |
| 8. | IRINOTECANUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU |
| 9. | IRINOTECANUM | C15.9 | PRZELYK, NIEOKREŚLONY |
| 10. | IRINOTECANUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 11. | IRINOTECANUM | C16.0 | WPUST |
| 12. | IRINOTECANUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 13. | IRINOTECANUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 14. | IRINOTECANUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 15. | IRINOTECANUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 16. | IRINOTECANUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | IRINOTECANUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 18. | IRINOTECANUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 19. | IRINOTECANUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | IRINOTECANUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 21. | IRINOTECANUM | C17.0 | DWUNASTNICA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 22. | IRINOTECANUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 23. | IRINOTECANUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 24. | IRINOTECANUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 25. | IRINOTECANUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 26. | IRINOTECANUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 27. | IRINOTECANUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 28. | IRINOTECANUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 29. | IRINOTECANUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 30. | IRINOTECANUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 31. | IRINOTECANUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 32. | IRINOTECANUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 33. | IRINOTECANUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 34. | IRINOTECANUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 35. | IRINOTECANUM | C18.7 | ESICA |
| 36. | IRINOTECANUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 37. | IRINOTECANUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 38. | IRINOTECANUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 39. | IRINOTECANUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 40. | IRINOTECANUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 41. | IRINOTECANUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 42. | IRINOTECANUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 43. | IRINOTECANUM | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 44. | IRINOTECANUM | C22.3 | MIEŚAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 45. | IRINOTECANUM | C22.4 | INNE MIEŚAKI WĄTROBY |
| 46. | IRINOTECANUM | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 47. | IRINOTECANUM | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 48. | IRINOTECANUM | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 49. | IRINOTECANUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 50. | IRINOTECANUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 51. | IRINOTECANUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 52. | IRINOTECANUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 53. | IRINOTECANUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 54. | IRINOTECANUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 55. | IRINOTECANUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 56. | IRINOTECANUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 57. | IRINOTECANUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 58. | IRINOTECANUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 59. | IRINOTECANUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 60. | IRINOTECANUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 61. | IRINOTECANUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 62. | IRINOTECANUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 63. | IRINOTECANUM | C40 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 64. | IRINOTECANUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 65. | IRINOTECANUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 66. | IRINOTECANUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 67. | IRINOTECANUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 68. | IRINOTECANUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN |
| 69. | IRINOTECANUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE |
| 70. | IRINOTECANUM | C41 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU |
| 71. | IRINOTECANUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 72. | IRINOTECANUM | C41.1 | ŻUCHWA |
| 73. | IRINOTECANUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 74. | IRINOTECANUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA |
| 75. | IRINOTECANUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 76. | IRINOTECANUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 77. | IRINOTECANUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 78. | IRINOTECANUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 79. | IRINOTECANUM | C47 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 80. | IRINOTECANUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 81. | IRINOTECANUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 82. | IRINOTECANUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 83. | IRINOTECANUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 84. | IRINOTECANUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 85. | IRINOTECANUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 86. | IRINOTECANUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 87. | IRINOTECANUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 88. | IRINOTECANUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 89. | IRINOTECANUM | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 90. | IRINOTECANUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 91. | IRINOTECANUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 92. | IRINOTECANUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 93. | IRINOTECANUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 94. | IRINOTECANUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 95. | IRINOTECANUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 96. | IRINOTECANUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 97. | IRINOTECANUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 98. | IRINOTECANUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 99. | IRINOTECANUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 100. | IRINOTECANUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 101. | IRINOTECANUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 102. | IRINOTECANUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 103. | IRINOTECANUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 104. | IRINOTECANUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 105. | IRINOTECANUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 106. | IRINOTECANUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 107. | IRINOTECANUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 108. | IRINOTECANUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 109. | IRINOTECANUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 110. | IRINOTECANUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 111. | IRINOTECANUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 112. | IRINOTECANUM | C67.1 | SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 113. | IRINOTECANUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 114. | IRINOTECANUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 115. | IRINOTECANUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 116. | IRINOTECANUM | C67.5 | SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 117. | IRINOTECANUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 118. | IRINOTECANUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 119. | IRINOTECANUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 120. | IRINOTECANUM | C67.9 | PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 121. | IRINOTECANUM | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |
| 122. | IRINOTECANUM | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR |
| 123. | IRINOTECANUM | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 124. | IRINOTECANUM | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 125. | IRINOTECANUM | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 126. | IRINOTECANUM | C71.4 | PLĄT POTYLICZNY |
| 127. | IRINOTECANUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 128. | IRINOTECANUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 129. | IRINOTECANUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 130. | IRINOTECANUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 131. | IRINOTECANUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 132. | IRINOTECANUM | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 133. | IRINOTECANUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 134. | IRINOTECANUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 135. | IRINOTECANUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 136. | IRINOTECANUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 137. | IRINOTECANUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 138. | IRINOTECANUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 139. | IRINOTECANUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 140. | IRINOTECANUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1. | LANREOTIDUM | C15 | RAK PRZEŁYKU |
| 2. | LANREOTIDUM | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 3. | LANREOTIDUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 4. | LANREOTIDUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 5. | LANREOTIDUM | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 6. | LANREOTIDUM | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 7. | LANREOTIDUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 8. | LANREOTIDUM | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 9. | LANREOTIDUM | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 10. | LANREOTIDUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 11. | LANREOTIDUM | C16.0 | WPUST |
| 12. | LANREOTIDUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 13. | LANREOTIDUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 14. | LANREOTIDUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 15. | LANREOTIDUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 16. | LANREOTIDUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 17. | LANREOTIDUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 18. | LANREOTIDUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 19. | LANREOTIDUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | LANREOTIDUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 21. | LANREOTIDUM | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 22. | LANREOTIDUM | C17.1 | JELITO CZCZE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 23. | 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 39. | LANREO TIDUM | C20 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 40. | LANREO TIDUM | C25 | NOWOT WÓR 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 PRYZWOJOWE |
| 68. | LANREO TIDUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 69. | LANREO TIDUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 70. | LANREO TIDUM | E34.0 | ZESPÓŁ RAKOWIAKA |
| 71. | LANREO TIDUM | E34.1 | INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO |
| 72. | LANREO TIDUM | E34.2 | 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 (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | MEIHO TREXATUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | MEIHO TREXATUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | MEIHO TREXATUM | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | MEIHO TREXATUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | MEIHO TREXATUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | MEIHO TREXATUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | MEIHO TREXATUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | MEIHO TREXATUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58. | MEIHO TREXATUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | MEIHO TREXATUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | MEIHO TREXATUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | MEIHO TREXATUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | MEIHO TREXATUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | MEIHO TREXATUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | MEIHO TREXATUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | MEIHO TREXATUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ) |
| 66. | MEIHO TREXATUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | MEIHO TREXATUM | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO |
| 68. | MEIHO TREXATUM | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX) |
| 69. | MEIHO TREXATUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | MEIHO TREXATUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU 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 KOŃCZYŃ |
| 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 KOŃCZYŃ |
| 118. | MEIHO TREXATUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYŃ, 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 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |
| 167. | MEIHO TREXATUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBŁE MACICY |
| 168. | MEIHO TREXATUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 169. | MEIHO TREXATUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|---|------------|---|
| 170. | MEIHO TREXATUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 171. | MEIHO TREXATUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 172. | MEIHO TREXATUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 173. | MEIHO TREXATUM | C58 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |
| 174. | MEIHO TREXATUM | C60 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 175. | MEIHO TREXATUM | C60.0 | NAPLETEK |
| 176. | MEIHO TREXATUM | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 177. | MEIHO TREXATUM | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 178. | MEIHO TREXATUM | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 179. | MEIHO TREXATUM | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 180. | MEIHO TREXATUM | C62 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 181. | MEIHO TREXATUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 182. | MEIHO TREXATUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 183. | MEIHO TREXATUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 184. | MEIHO TREXATUM | C63 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 185. | MEIHO TREXATUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 186. | MEIHO TREXATUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 187. | MEIHO TREXATUM | C63.2 | MOSZNA |
| 188. | MEIHO TREXATUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 189. | MEIHO TREXATUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 190. | MEIHO TREXATUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 191. | MEIHO TREXATUM | C66 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 192. | MEIHO TREXATUM | C67 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 193. | MEIHO TREXATUM | C67.0 | T RÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 194. | MEIHO TREXATUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 195. | MEIHO TREXATUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 196. | MEIHO TREXATUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 197. | MEIHO TREXATUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 198. | MEIHO TREXATUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 199. | MEIHO TREXATUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 200. | MEIHO TREXATUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 201. | MEIHO TREXATUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 202. | MEIHO TREXATUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 203. | MEIHO TREXATUM | C71.0 | 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 POSTACIE 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 POSTACIE 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 WALDENST RÖMA |
| 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 | NOWOT WÓR 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 KREWICZY |
| 375. | MEIHO TREXATUM | D46.3 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁYCH KREWICZY 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 MIĘKIE |
| 382. | MEIHO TREXATUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 383. | MEIHO TREXATUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA |
| 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. | MEIHO TREXATUM | O01.0 | KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 394. | MEIHO TREXATUM | O01.1 | NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY |
| 395. | MEIHO TREXATUM | O01.9 | ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY |
| 396. | MEIHO TREXATUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 397. | MEIHO TREXATUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 398. | MEIHO TREXATUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 399. | MEIHO TREXATUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 400. | MEIHO TREXATUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 401. | MEIHO TREXATUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH |
| 402. | MEIHO TREXATUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 403. | MEIHO TREXATUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.43.

MITOTANUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 1. | MITO TANUM | C74 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 2. | MITO TANUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 3. | MITO TANUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 4. | MITO TANUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 5. | MITO TANUM | C75 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 6. | MITO TANUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 7. | MITO TANUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 8. | MITO TANUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 9. | MITO TANUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 10. | MITO TANUM | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 11. | MITO TANUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 12. | MITO TANUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 13. | MITO TANUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | OCTREOTIDUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2. | OCTREOTIDUM | C16.0 | WPUST |
| 3. | OCTREOTIDUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4. | OCTREOTIDUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5. | OCTREOTIDUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6. | OCTREOTIDUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7. | OCTREOTIDUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | OCTREOTIDUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9. | OCTREOTIDUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10. | OCTREOTIDUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11. | OCTREOTIDUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 12. | OCTREOTIDUM | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 13. | OCTREOTIDUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 14. | OCTREOTIDUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 15. | OCTREOTIDUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 16. | OCTREOTIDUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 17. | OCTREOTIDUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 18. | OCTREOTIDUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 19. | OCTREOTIDUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 20. | OCTREOTIDUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 21. | OCTREOTIDUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 22. | OCTREOTIDUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 23. | OCTREOTIDUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 24. | OCTREOTIDUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 25. | OCTREOTIDUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 26. | OCTREOTIDUM | C18.7 | ESICA |
| 27. | OCTREOTIDUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 28. | OCTREOTIDUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | OCTREOTIDUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 30. | OCTREOTIDUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 31. | OCTREOTIDUM | C25 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 32. | OCTREOTIDUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 33. | OCTREOTIDUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 34. | OCTREOTIDUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 35. | OCTREOTIDUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 36. | OCTREOTIDUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 37. | OCTREOTIDUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 38. | OCTREOTIDUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 39. | OCTREOTIDUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 40. | OCTREOTIDUM | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 41. | OCTREOTIDUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 42. | OCTREOTIDUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 43. | OCTREOTIDUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 44. | OCTREOTIDUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 45. | OCTREOTIDUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 46. | OCTREOTIDUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 47. | OCTREOTIDUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 48. | OCTREOTIDUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 49. | OCTREOTIDUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 50. | OCTREOTIDUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 51. | OCTREOTIDUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 52. | OCTREOTIDUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 53. | OCTREOTIDUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |
| 54. | OCTREOTIDUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 55. | OCTREOTIDUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 56. | OCTREOTIDUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 57. | OCTREOTIDUM | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 58. | OCTREOTIDUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 59. | OCTREOTIDUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 60. | OCTREOTIDUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 61. | OCTREOTIDUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 62. | OCTREOTIDUM | E34.0 | ZESPÓŁ RAKOWIAKA |
| 63. | OCTREOTIDUM | E34.1 | INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO |
| 64. | OCTREOTIDUM | E34.2 | EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE |
| 65. | OCTREOTIDUM | E34.8 | INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i> |
| 66. | OCTREOTIDUM | E34.9 | ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | OCTREOTIDUM | D44.3 | PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma |

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1. | OXALIPLATINUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 2. | OXALIPLATINUM | C16.0 | WPUST |
| 3. | OXALIPLATINUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 4. | OXALIPLATINUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 5. | OXALIPLATINUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 6. | OXALIPLATINUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 7. | OXALIPLATINUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 8. | OXALIPLATINUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 9. | OXALIPLATINUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 10. | OXALIPLATINUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 11. | OXALIPLATINUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 12. | OXALIPLATINUM | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 13. | OXALIPLATINUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 14. | OXALIPLATINUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 15. | OXALIPLATINUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 16. | OXALIPLATINUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 17. | OXALIPLATINUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 18. | OXALIPLATINUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 19. | OXALIPLATINUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 20. | OXALIPLATINUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 21. | O XALIPLATINUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 22. | O XALIPLATINUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 23. | O XALIPLATINUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 24. | O XALIPLATINUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 25. | O XALIPLATINUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 26. | O XALIPLATINUM | C18.7 | ESICA |
| 27. | O XALIPLATINUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 28. | O XALIPLATINUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 29. | O XALIPLATINUM | C19 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 30. | O XALIPLATINUM | C20 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 31. | O XALIPLATINUM | C21 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 32. | O XALIPLATINUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 33. | O XALIPLATINUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 34. | O XALIPLATINUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 35. | O XALIPLATINUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 36. | O XALIPLATINUM | C25 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI |
| 37. | O XALIPLATINUM | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI |
| 38. | O XALIPLATINUM | C25.1 | TRZON TRZUSTKI |
| 39. | O XALIPLATINUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 40. | O XALIPLATINUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 41. | O XALIPLATINUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 42. | O XALIPLATINUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 43. | O XALIPLATINUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 44. | O XALIPLATINUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 45. | O XALIPLATINUM | C62 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---------------------|
| 46. | OXALIPLATINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 47. | OXALIPLATINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 48. | OXALIPLATINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | OXALIPLATINUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 2. | OXALIPLATINUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 3. | OXALIPLATINUM | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO |
| 4. | OXALIPLATINUM | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 5. | OXALIPLATINUM | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE |
| 6. | OXALIPLATINUM | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 7. | OXALIPLATINUM | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH |
| 8. | OXALIPLATINUM | C24.9 | DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 9. | OXALIPLATINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 10. | OXALIPLATINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 11. | OXALIPLATINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 12. | OXALIPLATINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 13. | OXALIPLATINUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 14. | OXALIPLATINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 15. | OXALIPLATINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 16. | OXALIPLATINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 17. | OXALIPLATINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 18. | OXALIPLATINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 19. | OXALIPLATINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 20. | OXALIPLATINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 21. | OXALIPLATINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 22. | OXALIPLATINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 23. | OXALIPLATINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 24. | OXALIPLATINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 25. | OXALIPLATINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 26. | OXALIPLATINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 27. | OXALIPLATINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 28. | OXALIPLATINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 29. | OXALIPLATINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 30. | OXALIPLATINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 31. | OXALIPLATINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 32. | OXALIPLATINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 33. | OXALIPLATINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 34. | OXALIPLATINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 35. | OXALIPLATINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 36. | OXALIPLATINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 37. | OXALIPLATINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 38. | OXALIPLATINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 39. | OXALIPLATINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 40. | OXALIPLATINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 41. | OXALIPLATINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 42. | OXALIPLATINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 43. | OXALIPLATINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 44. | OXALIPLATINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 45. | OXALIPLATINUM | C88.4 | CHŁONIAK TYPU MALT |

Załącznik C.47.

PACLITAXELUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | PACLITAXELUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | PACLITAXELUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | PACLITAXELUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | PACLITAXELUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | PACLITAXELUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | PACLITAXELUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | PACLITAXELUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | PACLITAXELUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | PACLITAXELUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | PACLITAXELUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | PACLITAXELUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | PACLITAXELUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | PACLITAXELUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | PACLITAXELUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | PACLITAXELUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | PACLITAXELUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | PACLITAXELUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | PACLITAXELUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | PACLITAXELUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 20. | PACLITAXELUM | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA |
| 21. | PACLITAXELUM | C03.0 | DZIAŚŁO GÓRNE |
| 22. | PACLITAXELUM | C03.1 | DZIAŚŁO DOLNE |
| 23. | PACLITAXELUM | C03.9 | DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | PACLITAXELUM | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | PACLITAXELUM | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | PACLITAXELUM | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | PACLITAXELUM | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | PACLITAXELUM | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | PACLITAXELUM | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | PACLITAXELUM | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | PACLITAXELUM | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | PACLITAXELUM | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | PACLITAXELUM | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | PACLITAXELUM | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | PACLITAXELUM | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | PACLITAXELUM | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | PACLITAXELUM | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | PACLITAXELUM | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | PACLITAXELUM | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | PACLITAXELUM | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | PACLITAXELUM | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | PACLITAXELUM | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 43. | PACLITAXELUM | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | PACLITAXELUM | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | PACLITAXELUM | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | PACLITAXELUM | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | PACLITAXELUM | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | PACLITAXELUM | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | PACLITAXELUM | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |
| 50. | PACLITAXELUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | PACLITAXELUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | PACLITAXELUM | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | PACLITAXELUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | PACLITAXELUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | PACLITAXELUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | PACLITAXELUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | PACLITAXELUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58. | PACLITAXELUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | PACLITAXELUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | PACLITAXELUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | PACLITAXELUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | PACLITAXELUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | PACLITAXELUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | PACLITAXELUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | PACLITAXELUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ) |
| 66. | PACLITAXELUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 67. | PACLITAXELUM | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO |
| 68. | PACLITAXELUM | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | PACLITAXELUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | PACLITAXELUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | PACLITAXELUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | PACLITAXELUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | PACLITAXELUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | PACLITAXELUM | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | PACLITAXELUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76. | PACLITAXELUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | PACLITAXELUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | PACLITAXELUM | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i> |
| 79. | PACLITAXELUM | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i> |
| 80. | PACLITAXELUM | C15.4 | SRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i> |
| 81. | PACLITAXELUM | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i> |
| 82. | PACLITAXELUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 83. | PACLITAXELUM | C16.0 | WPUST <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 84. | PACLITAXELUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 85. | PACLITAXELUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 86. | PACLITAXELUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 87. | PACLITAXELUM | C16.4 | ODŹWIERNIK <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 88. | PACLITAXELUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 89. | PACLITAXELUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 90. | PACLITAXELUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 91. | PACLITAXELUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i> |
| 92. | PACLITAXELUM | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 93. | PACLITAXELUM | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 94. | PACLITAXELUM | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 95. | PACLITAXELUM | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 96. | PACLITAXELUM | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 97. | PACLITAXELUM | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 98. | PACLITAXELUM | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 99. | PACLITAXELUM | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 100. | PACLITAXELUM | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 101. | PACLITAXELUM | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 102. | PACLITAXELUM | C32 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI |
| 103. | PACLITAXELUM | C32.0 | GŁOŚNIA |
| 104. | PACLITAXELUM | C32.1 | NAGŁOŚNIA |
| 105. | PACLITAXELUM | C32.2 | JAMA PODGŁOŚNIOWA |
| 106. | PACLITAXELUM | C32.3 | CHRZĄSTKI KRTANI |
| 107. | PACLITAXELUM | C32.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI |
| 108. | PACLITAXELUM | C32.9 | KRTAŃ, NIEOKREŚLONA |
| 109. | PACLITAXELUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 110. | PACLITAXELUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 111. | PACLITAXELUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 112. | PACLITAXELUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 113. | PACLITAXELUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 114. | PACLITAXELUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 115. | PACLITAXELUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 116. | PACLITAXELUM | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 117. | PACLITAXELUM | C38.0 | SERCE |
| 118. | PACLITAXELUM | C38.1 | SRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 119. | PACLITAXELUM | C38.2 | SRÓDPIERSIE TYLNE |
| 120. | PACLITAXELUM | C38.3 | SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 121. | PACLITAXELUM | C38.4 | OPLUCNA |
| 122. | PACLITAXELUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 123. | PACLITAXELUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 124. | PACLITAXELUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 125. | PACLITAXELUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 126. | PACLITAXELUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 127. | PACLITAXELUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 128. | PACLITAXELUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 129. | PACLITAXELUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 130. | PACLITAXELUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 131. | PACLITAXELUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 132. | PACLITAXELUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 133. | PACLITAXELUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 134. | PACLITAXELUM | C46 | MIĘSAK KAPOS'I EGO |
| 135. | PACLITAXELUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY |
| 136. | PACLITAXELUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 137. | PACLITAXELUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA |
| 138. | PACLITAXELUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 139. | PACLITAXELUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 140. | PACLITAXELUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 141. | PACLITAXELUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY |
| 142. | PACLITAXELUM | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 143. | PACLITAXELUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 144. | PACLITAXELUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 145. | PACLITAXELUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 146. | PACLITAXELUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 147. | PACLITAXELUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 148. | PACLITAXELUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 149. | PACLITAXELUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 150. | PACLITAXELUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 151. | PACLITAXELUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 152. | PACLITAXELUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 153. | PACLITAXELUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 154. | PACLITAXELUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 155. | PACLITAXELUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 156. | PACLITAXELUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 157. | PACLITAXELUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 158. | PACLITAXELUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 159. | PACLITAXELUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 160. | PACLITAXELUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 161. | PACLITAXELUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 162. | PACLITAXELUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 163. | PACLITAXELUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 164. | PACLITAXELUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 165. | PACLITAXELUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 166. | PACLITAXELUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 167. | PACLITAXELUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 168. | PACLITAXELUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 169. | PACLITAXELUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 170. | PACLITAXELUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 171. | PACLITAXELUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 172. | PACLITAXELUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 173. | PACLITAXELUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 174. | PACLITAXELUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 175. | PACLITAXELUM | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 176. | PACLITAXELUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 177. | PACLITAXELUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 178. | PACLITAXELUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 179. | PACLITAXELUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 180. | PACLITAXELUM | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 181. | PACLITAXELUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 182. | PACLITAXELUM | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 183. | PACLITAXELUM | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 184. | PACLITAXELUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 185. | PACLITAXELUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 186. | PACLITAXELUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 187. | PACLITAXELUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 188. | PACLITAXELUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 189. | PACLITAXELUM | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 190. | PACLITAXELUM | C60.0 | NAPLETEK <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|--|
| | | | <i>zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 191. | PACLITAXELUM | C60.1 | ŻOŁĄDŹ PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 192. | PACLITAXELUM | C60.2 | TRZON PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 193. | PACLITAXELUM | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 194. | PACLITAXELUM | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i> |
| 195. | PACLITAXELUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 196. | PACLITAXELUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 197. | PACLITAXELUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 198. | PACLITAXELUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 199. | PACLITAXELUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 200. | PACLITAXELUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 201. | PACLITAXELUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 202. | PACLITAXELUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 203. | PACLITAXELUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 204. | PACLITAXELUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 205. | PACLITAXELUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 206. | PACLITAXELUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 207. | PACLITAXELUM | C67.7 | MOCZOWNIK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 208. | PACLITAXELUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 209. | PACLITAXELUM | C67.9 | PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 210. | PACLITAXELUM | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 211. | PACLITAXELUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 212. | PACLITAXELUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA |
| 213. | PACLITAXELUM | C76.2 | BRZUCH |
| 214. | PACLITAXELUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 215. | PACLITAXELUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 216. | PACLITAXELUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 217. | PACLITAXELUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 218. | PACLITAXELUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 219. | PACLITAXELUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 220. | PACLITAXELUM | D39.2 | CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA |

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | PEGASPARGASUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2. | PEGASPARGASUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3. | PEGASPARGASUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4. | PEGASPARGASUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5. | PEGASPARGASUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6. | PEGASPARGASUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7. | PEGASPARGASUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8. | PEGASPARGASUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9. | PEGASPARGASUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10. | PEGASPARGASUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11. | PEGASPARGASUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12. | PEGASPARGASUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13. | PEGASPARGASUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14. | PEGASPARGASUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15. | PEGASPARGASUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16. | PEGASPARGASUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17. | PEGASPARGASUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18. | PEGASPARGASUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 19. | PEGASPARGASUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20. | PEGASPARGASUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 21. | PEGASPARGASUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22. | PEGASPARGASUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23. | PEGASPARGASUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24. | PEGASPARGASUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25. | PEGASPARGASUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26. | PEGASPARGASUM | C85.0 | MIEŚSAK LIMFATYCZNY |
| 27. | PEGASPARGASUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28. | PEGASPARGASUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29. | PEGASPARGASUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30. | PEGASPARGASUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 31. | PEGASPARGASUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 32. | PEGASPARGASUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 33. | PEGASPARGASUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 34. | PEGASPARGASUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 35. | PEGASPARGASUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 36. | PEGASPARGASUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T |
| 37. | PEGASPARGASUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 38. | PEGASPARGASUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 39. | PEGASPARGASUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 40. | PEGASPARGASUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 41. | PEGASPARGASUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 42. | PEGASPARGASUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|-------------------------------------|
| 43. | PEGASPARGASUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 44. | PEGASPARGASUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 45. | PEGASPARGASUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 46. | PEGASPARGASUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47. | PEGASPARGASUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | PEMETREKSED | 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. | PEMETREKSED | C45 | MIĘDZYBŁONIAK |

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | RITUXIMABUM | C81.0 | CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 2. | RITUXIMABUM | C82.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 3. | RITUXIMABUM | C82.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK |
| 4. | RITUXIMABUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO) |
| 5. | RITUXIMABUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY |
| 6. | RITUXIMABUM | C83.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK |
| 7. | RITUXIMABUM | C83.1 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM |
| 8. | RITUXIMABUM | C83.2 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK |
| 9. | RITUXIMABUM | C83.3 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY |
| 10. | RITUXIMABUM | C83.4 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY |
| 11. | RITUXIMABUM | C83.5 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY |
| 12. | RITUXIMABUM | C83.6 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY |
| 13. | RITUXIMABUM | C83.7 | GUZ BURKITTA |
| 14. | RITUXIMABUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 15. | RITUXIMABUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 16. | RITUXIMABUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 17. | RITUXIMABUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 18. | RITUXIMABUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 19. | RITUXIMABUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 20. | RITUXIMABUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA |
| 21. | RITUXIMABUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |

| | | | |
|-----|--------------------|-------|---|
| 22. | RITUXIMABUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 23. | RITUXIMABUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 24. | RITUXIMABUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 25. | RITUXIMABUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 26. | RITUXIMABUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 27. | RITUXIMABUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 28. | RITUXIMABUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 29. | RITUXIMABUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 30. | RITUXIMABUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 31. | RITUXIMABUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 1. | TAMO XIFENUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 2. | TAMO XIFENUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 3. | TAMO XIFENUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 4. | TAMO XIFENUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 5. | TAMO XIFENUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 6. | TAMO XIFENUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 7. | TAMO XIFENUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 8. | TAMO XIFENUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 9. | TAMO XIFENUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 10. | TAMO XIFENUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 11. | TAMO XIFENUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 12. | TAMO XIFENUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 13. | TAMO XIFENUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 14. | TAMO XIFENUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 15. | TAMO XIFENUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 16. | TAMO XIFENUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 17. | TAMO XIFENUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 18. | TAMO XIFENUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 19. | TAMO XIFENUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 20. | TAMO XIFENUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 21. | TAMO XIFENUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 22. | TAMO XIFENUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 23. | TAMO XIFENUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 24. | TAMO XIFENUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 25. | TAMO XIFENUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 26. | TAMO XIFENUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 27. | TAMO XIFENUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 28. | TAMO XIFENUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 29. | TAMO XIFENUM | C50.6 | CZEŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 30. | TAMO XIFENUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 31. | TAMO XIFENUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 32. | TAMO XIFENUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 33. | TAMO XIFENUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 34. | TAMO XIFENUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 35. | TAMO XIFENUM | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 36. | TAMO XIFENUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 37. | TAMO XIFENUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 38. | TAMO XIFENUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 39. | TAMO XIFENUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 40. | TAMO XIFENUM | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 41. | TAMO XIFENUM | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 42. | TAMO XIFENUM | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 43. | TAMO XIFENUM | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 44. | TAMO XIFENUM | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 45. | TAMO XIFENUM | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |
| 46. | TAMO XIFENUM | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 47. | TAMO XIFENUM | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 48. | TAMO XIFENUM | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 49. | TAMO XIFENUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 50. | TAMO XIFENUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 51. | TAMO XIFENUM | Q85.0 | NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA |
| 52. | TAMO XIFENUM | Q85.1 | STWARDNIENIE GUZOWATE |
| 53. | TAMO XIFENUM | Q85.8 | INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ |
| 54. | TAMO XIFENUM | Q85.9 | FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | TIOGUANINUM | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) |
| 2. | TIOGUANINUM | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY |
| 3. | TIOGUANINUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY |
| 4. | TIOGUANINUM | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY |
| 5. | TIOGUANINUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO |
| 6. | TIOGUANINUM | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 7. | TIOGUANINUM | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE |
| 8. | TIOGUANINUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 9. | TIOGUANINUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 10. | TIOGUANINUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 11. | TIOGUANINUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 12. | TIOGUANINUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 13. | TIOGUANINUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 14. | TIOGUANINUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 15. | TIOGUANINUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA |
| 16. | TIOGUANINUM | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 17. | TIOGUANINUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 18. | TIOGUANINUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 19. | TIO GUANINUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 20. | TIO GUANINUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY'EGO |
| 21. | TIO GUANINUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 22. | TIO GUANINUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 23. | TIO GUANINUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 24. | TIO GUANINUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T |
| 25. | TIO GUANINUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 26. | TIO GUANINUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 27. | TIO GUANINUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 28. | TIO GUANINUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 29. | TIO GUANINUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 30. | TIO GUANINUM | C88 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 31. | TIO GUANINUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA |
| 32. | TIO GUANINUM | C88.1 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA |
| 33. | TIO GUANINUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 34. | TIO GUANINUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 35. | TIO GUANINUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 36. | TIO GUANINUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 37. | TIO GUANINUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 38. | TIO GUANINUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 39. | TIO GUANINUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 40. | TIO GUANINUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 41. | TIO GUANINUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 42. | TIO GUANINUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|---|
| 43. | TIO GUANINUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T |
| 44. | TIO GUANINUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 45. | TIO GUANINUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 46. | TIO GUANINUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 47. | TIO GUANINUM | C92.0 | OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 48. | TIO GUANINUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 49. | TIO GUANINUM | C92.2 | PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 50. | TIO GUANINUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 51. | TIO GUANINUM | C92.4 | OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 52. | TIO GUANINUM | C92.5 | OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |
| 53. | TIO GUANINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 54. | TIO GUANINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 55. | TIO GUANINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 56. | TIO GUANINUM | C93.0 | OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 57. | TIO GUANINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 58. | TIO GUANINUM | C93.2 | PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 59. | TIO GUANINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 60. | TIO GUANINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 61. | TIO GUANINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 62. | TIO GUANINUM | C94.0 | OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 63. | TIO GUANINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 64. | TIO GUANINUM | C94.2 | OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 65. | TIO GUANINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH |
| 66. | TIO GUANINUM | C94.4 | OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|---|------------|--|
| 67. | TIO GUANINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 68. | TIO GUANINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 69. | TIO GUANINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 70. | TIO GUANINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 71. | TIO GUANINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 72. | TIO GUANINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 73. | TIO GUANINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 74. | TIO GUANINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 75. | TIO GUANINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 76. | TIO GUANINUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 77. | TIO GUANINUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 78. | TIO GUANINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 79. | TIO GUANINUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 80. | TIO GUANINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 81. | TIO GUANINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 82. | TIO GUANINUM | D46.2 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW |

Załącznik C.57.1.

TOPOTECANUM p.o.

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | TOPOTECANUM doustnie | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 2. | TOPOTECANUM doustnie | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 3. | TOPOTECANUM doustnie | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 4. | TOPOTECANUM doustnie | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 5. | TOPOTECANUM doustnie | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |
| 6. | TOPOTECANUM doustnie | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 7. | TOPOTECANUM doustnie | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 8. | TOPOTECANUM doustnie | C56 | NOWOTWÓR 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 42. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 43. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 44. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 45. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 46. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 47. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 48. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 49. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 50. | TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |

Załącznik C.61.

VINCRIStINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 1. | VINCRIStINUM | C00 | NOWOT WORY 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | VINCRIStINUM | C02 | NOWOT WÓR 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 STI NUM | C03 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA |
| 21. | VINCRI STI NUM | C03.0 | DZIAŚŁO GÓRNE |
| 22. | VINCRI STI NUM | C03.1 | DZIAŚŁO DOLNE |
| 23. | VINCRI STI NUM | C03.9 | DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | VINCRI STI NUM | C04 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | VINCRI STI NUM | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | VINCRI STI NUM | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | VINCRI STI NUM | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | VINCRI STI NUM | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | VINCRI STI NUM | C05 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | VINCRI STI NUM | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | VINCRI STI NUM | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | VINCRI STI NUM | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | VINCRI STI NUM | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | VINCRI STI NUM | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | VINCRI STI NUM | C06 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | VINCRI STI NUM | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | VINCRI STI NUM | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | VINCRI STI NUM | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | VINCRI STI NUM | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | VINCRI STI NUM | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | VINCRI STI NUM | C07 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | VINCRI STI NUM | 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 (PODNEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNEBIENNO-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 KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | VINCRI STINUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | VINCRI STINUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | VINCRI STINUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | VINCRI STINUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | VINCRI STINUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | VINCRI STINUM | C14 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 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 | WYROST EK ROBACZKOWY |
| 98. | VINCRI STI NUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WST ĘPUJĄCA |
| 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 ZST ĘPUJĄCA |
| 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 ODBYT U |
| 111. | VINCRI STI NUM | C21.2 | ST REFA 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 WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|--|
| 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 PĘCHERZYKA 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 | DRUGI 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 137. | VINCRI STINUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138. | VINCRI STINUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139. | VINCRI STINUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140. | VINCRI STINUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141. | VINCRI STINUM | C30 | 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 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 | OPLUCNA |
| 166. | VINCRI STINUM | C38.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ |
| 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 KAPOSI'EGO |
| 204. | VINCRI STI NUM | C46.0 | MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY |
| 205. | VINCRI STI NUM | C46.1 | MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ |
| 206. | VINCRI STI NUM | C46.2 | MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 207. | VINCRI STI NUM | C46.3 | MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 208. | VINCRI STI NUM | C46.7 | MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 209. | VINCRI STI NUM | C46.8 | MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW |
| 210. | VINCRI STI NUM | C46.9 | MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY |
| 211. | VINCRI STI NUM | C47 | NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 212. | VINCRI STI NUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 213. | VINCRI STI NUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 214. | VINCRI STI NUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 215. | VINCRI STI NUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 216. | VINCRI STI NUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 217. | VINCRI STI NUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 218. | VINCRI STI NUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 219. | VINCRI STI NUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 220. | VINCRI STI NUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 221. | VINCRI STI NUM | C48. | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 222. | VINCRI STI NUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 223. | VINCRI STI NUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 224. | VINCRI STI NUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 225. | VINCRI STI NUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 226. | VINCRI STI NUM | C49 | NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 227. | VINCRI STI NUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 228. | VINCRI STI NUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 229. | VINCRI STI NUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 230. | VINCRI STI NUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 231. | VINCRI STI NUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 232. | VINCRI STI NUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 233. | VINCRI STI NUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 234. | VINCRI STI NUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 235. | VINCRI STI NUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 236. | VINCRI STI NUM | C50 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA |
| 237. | VINCRI STI NUM | C50.0 | BRODAWKA I OT OCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ |
| 238. | VINCRI STI NUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA |
| 239. | VINCRI STI NUM | C50.2 | ĆWIART KA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA |
| 240. | VINCRI STI NUM | C50.3 | ĆWIART KA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA |
| 241. | VINCRI STI NUM | C50.4 | ĆWIART KA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA |
| 242. | VINCRI STI NUM | C50.5 | ĆWIART KA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA |
| 243. | VINCRI STI NUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA |
| 244. | VINCRI STI NUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA |
| 245. | VINCRI STI NUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 246. | VINCRI STI NUM | C51 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 247. | VINCRI STI NUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 248. | VINCRI STI NUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIEJSZE |
| 249. | VINCRI STI NUM | C51.2 | ŁECHT ACZKA |
| 250. | VINCRI STI NUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 251. | VINCRI STI NUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 252. | VINCRI STI NUM | 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 | WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY |
| 270. | VINCRI STINUM | C57.2 | WIĘZADŁOOBŁE MACICY |
| 271. | VINCRI STINUM | C57.3 | PRZYMAGICZA |
| 272. | VINCRI STINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 273. | VINCRI STINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 274. | VINCRI STINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 275. | VINCRI STINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 276. | VINCRI STINUM | C58 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 277. | VINCRI STINUM | C60 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 278. | VINCRI STINUM | C60.0 | NAPLETEK |
| 279. | VINCRI STINUM | C60.1 | ZOŁĄDŹ PRĄCIA |
| 280. | VINCRI STINUM | C60.2 | TRZON PRĄCIA |
| 281. | VINCRI STINUM | C60.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA |
| 282. | VINCRI STINUM | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | VINCRI STINUM | C61 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 284. | VINCRI STINUM | C62 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 285. | VINCRI STINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 286. | VINCRI STINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 287. | VINCRI STINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 288. | VINCRI STINUM | C63 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 289. | VINCRI STINUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 290. | VINCRI STINUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 291. | VINCRI STINUM | C63.2 | MOSZNA |
| 292. | VINCRI STINUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 293. | VINCRI STINUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 294. | VINCRI STINUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 295. | VINCRI STINUM | C64 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 296. | VINCRI STINUM | C65 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 297. | VINCRI STINUM | C66 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 298. | VINCRI STINUM | C67 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 299. | VINCRI STINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO |
| 300. | VINCRI STINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 301. | VINCRI STINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 302. | VINCRI STINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 303. | VINCRI STINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 304. | VINCRI STINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 305. | VINCRI STINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 306. | VINCRI STINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 307. | VINCRI STINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 308. | VINCRI STINUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 309. | VINCRI STINUM | C68 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 310. | VINCRI STINUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 311. | VINCRI STINUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 312. | VINCRI STINUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 313. | VINCRI STINUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 314. | VINCRI STINUM | C69 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 315. | VINCRI STINUM | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 316. | VINCRI STINUM | C69.1 | ROGÓWKA |
| 317. | VINCRI STINUM | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 318. | VINCRI STINUM | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 319. | VINCRI STINUM | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 320. | VINCRI STINUM | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE |
| 321. | VINCRI STINUM | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 322. | VINCRI STINUM | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 323. | VINCRI STINUM | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 324. | VINCRI STINUM | C70 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 325. | VINCRI STINUM | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 326. | VINCRI STINUM | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 327. | VINCRI STINUM | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 328. | VINCRI STINUM | C71 | 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 348. | VINCRI STINUM | C73 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 349. | VINCRI STINUM | C74 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 350. | VINCRI STINUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 351. | VINCRI STINUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 352. | VINCRI STINUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 353. | VINCRI STINUM | C75 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH |
| 354. | VINCRI STINUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY |
| 355. | VINCRI STINUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 356. | VINCRI STINUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 357. | VINCRI STINUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 358. | VINCRI STINUM | C75.4 | KLĘBEK 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 WNEŹRZA 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 ODBYT NICY |
| 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 PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|--|
| 393. | VINCRI STINUM | C79.2 | 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 (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) |
| 417. | VINCRI STI NUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) |
| 418. | VINCRI STI NUM | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) |
| 419. | VINCRI STI NUM | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 420. | VINCRI STI NUM | C83.5 | LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) |
| 421. | VINCRI STI NUM | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) |
| 422. | VINCRI STI NUM | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) 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 STI NUM | C88.2 | CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA |
| 441. | VINCRI STI NUM | C88.3 | CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO |
| 442. | VINCRI STI NUM | C88.7 | INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE |
| 443. | VINCRI STI NUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 444. | VINCRI STI NUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH |
| 445. | VINCRI STI NUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |
| 446. | VINCRI STI NUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA |
| 447. | VINCRI STI NUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA |
| 448. | VINCRI STI NUM | C91 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 449. | VINCRI STI NUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA |
| 450. | VINCRI STI NUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 451. | VINCRI STI NUM | C91.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA |
| 452. | VINCRI STI NUM | C91.3 | BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA |
| 453. | VINCRI STI NUM | C91.4 | BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL) |
| 454. | VINCRI STI NUM | C91.5 | BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T |
| 455. | VINCRI STI NUM | C91.7 | INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA |
| 456. | VINCRI STI NUM | C91.9 | BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA |
| 457. | VINCRI STI NUM | C92 | BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 458. | VINCRI STI NUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 459. | VINCRI STI NUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 460. | VINCRI STI NUM | C92.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 461. | VINCRI STI NUM | C92.3 | MIĘSAK SZPIKOWY |
| 462. | VINCRI STI NUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA |
| 463. | VINCRI STI NUM | C92.5 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| 464. | VINCRI STINUM | C92.7 | INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA |
| 465. | VINCRI STINUM | C92.9 | BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA |
| 466. | VINCRI STINUM | C93 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 467. | VINCRI STINUM | C93.0 | OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 468. | VINCRI STINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 469. | VINCRI STINUM | C93.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 470. | VINCRI STINUM | C93.7 | INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA |
| 471. | VINCRI STINUM | C93.9 | BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA |
| 472. | VINCRI STINUM | C94 | INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU |
| 473. | VINCRI STINUM | C94.0 | OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA) |
| 474. | VINCRI STINUM | C94.1 | PRZEWLEKŁA CZERWIENICA |
| 475. | VINCRI STINUM | C94.2 | OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA |
| 476. | VINCRI STINUM | C94.3 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 477. | VINCRI STINUM | C94.4 | OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA |
| 478. | VINCRI STINUM | C94.5 | OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU |
| 479. | VINCRI STINUM | C94.7 | INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA |
| 480. | VINCRI STINUM | C95 | BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 481. | VINCRI STINUM | C95.0 | OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 482. | VINCRI STINUM | C95.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 483. | VINCRI STINUM | C95.2 | PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 484. | VINCRI STINUM | C95.7 | INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU |
| 485. | VINCRI STINUM | C95.9 | BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA |
| 486. | VINCRI STINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 487. | VINCRI STINUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 488. | VINCRI STINUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 489. | VINCRI STINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 490. | VINCRI STINUM | C96.3 | PRAWDZIWIY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 491. | VINCRI STINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 492. | VINCRI STINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 493. | VINCRI STINUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 494. | VINCRI STINUM | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 495. | VINCRI STINUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 496. | VINCRI STINUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 497. | VINCRI STINUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 498. | VINCRI STINUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 499. | VINCRI STINUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 500. | VINCRI STINUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 501. | VINCRI STINUM | D01.5 | WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 502. | VINCRI STINUM | D01.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 503. | VINCRI STINUM | D01.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 504. | VINCRI STINUM | D03 | CZERNIAK IN SITU |
| 505. | VINCRI STINUM | D03.0 | CZERNIAK IN SITU WARGI |
| 506. | VINCRI STINUM | D03.1 | CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 507. | VINCRI STINUM | D03.2 | CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 508. | VINCRI STINUM | D03.3 | CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 509. | VINCRI STINUM | D03.4 | CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 510. | VINCRI STINUM | D03.5 | CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA |
| 511. | VINCRI STINUM | D03.6 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 512. | VINCRI STINUM | D03.7 | CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 513. | VINCRI STINUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 514. | VINCRI STINUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 515. | VINCRI STINUM | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 516. | VINCRI STINUM | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 517. | VINCRI STINUM | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 518. | VINCRI STINUM | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 519. | VINCRI STINUM | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 520. | VINCRI STINUM | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 521. | VINCRI STINUM | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 522. | VINCRI STINUM | D07.1 | SROM |
| 523. | VINCRI STINUM | D07.2 | POCHWA |
| 524. | VINCRI STINUM | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 525. | VINCRI STINUM | D07.4 | PRĄCIE |
| 526. | VINCRI STINUM | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 527. | VINCRI STINUM | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 528. | VINCRI STINUM | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 529. | VINCRI STINUM | D09.0 | 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 534. | VINCRI STI NUM | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 535. | VINCRI STI NUM | D10 | NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 536. | VINCRI STI NUM | D10.0 | WARGA |
| 537. | VINCRI STI NUM | D10.1 | JĘZYK |
| 538. | VINCRI STI NUM | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 539. | VINCRI STI NUM | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 540. | VINCRI STI NUM | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 541. | VINCRI STI NUM | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 542. | VINCRI STI NUM | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 543. | VINCRI STI NUM | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 544. | VINCRI STI NUM | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 545. | VINCRI STI NUM | D11 | NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 546. | VINCRI STI NUM | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 547. | VINCRI STI NUM | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 548. | VINCRI STI NUM | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 549. | VINCRI STI NUM | D12 | NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 550. | VINCRI STI NUM | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 551. | VINCRI STI NUM | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 552. | VINCRI STI NUM | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 553. | VINCRI STI NUM | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 554. | VINCRI STI NUM | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 555. | VINCRI STI NUM | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 556. | VINCRI STI NUM | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 557. | VINCRI STI NUM | 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 | PRZĘLYK |
| 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 581. | VINCRI STI NUM | D15.9 | NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ |
| 582. | VINCRI STI NUM | D16 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH |
| 583. | VINCRI STI NUM | D16.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 584. | VINCRI STI NUM | D16.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ |
| 585. | VINCRI STI NUM | D16.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 586. | VINCRI STI NUM | D16.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ |
| 587. | VINCRI STI NUM | D16.4 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY |
| 588. | VINCRI STI NUM | D16.5 | ŻUCHWA |
| 589. | VINCRI STI NUM | D16.6 | KRĘGOSŁUP |
| 590. | VINCRI STI NUM | D16.7 | ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK |
| 591. | VINCRI STI NUM | D16.8 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 592. | VINCRI STI NUM | D16.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 593. | VINCRI STI NUM | D18 | NACZYNI AKI KRWIONOŚNE I NACZYNI AKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 594. | VINCRI STI NUM | D18.0 | NACZYNI AK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 595. | VINCRI STI NUM | D18.1 | NACZYNI AK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 596. | VINCRI STI NUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 597. | VINCRI STI NUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 598. | VINCRI STI NUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 599. | VINCRI STI NUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 600. | VINCRI STI NUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 601. | VINCRI STI NUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 602. | VINCRI STI NUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 603. | VINCRI STINUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 604. | VINCRI STINUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 605. | VINCRI STINUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 606. | VINCRI STINUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 607. | VINCRI STINUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 608. | VINCRI STINUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 609. | VINCRI STINUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 610. | VINCRI STINUM | D28.0 | SROM |
| 611. | VINCRI STINUM | D28.1 | POCHWA |
| 612. | VINCRI STINUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 613. | VINCRI STINUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 614. | VINCRI STINUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 615. | VINCRI STINUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 616. | VINCRI STINUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 617. | VINCRI STINUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 618. | VINCRI STINUM | D29.2 | JĄDRO |
| 619. | VINCRI STINUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 620. | VINCRI STINUM | D29.4 | MOSZNA |
| 621. | VINCRI STINUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 622. | VINCRI STINUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 623. | VINCRI STINUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 624. | VINCRI STINUM | D30.0 | NERKA |
| 625. | VINCRI STINUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 626. | VINCRI STINUM | D30.2 | MOCZOWÓD |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 627. | VINCRI STI NUM | D30.3 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 628. | VINCRI STI NUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 629. | VINCRI STI NUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 630. | VINCRI STI NUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 631. | VINCRI STI NUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 632. | VINCRI STI NUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 633. | VINCRI STI NUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 634. | VINCRI STI NUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 635. | VINCRI STI NUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 636. | VINCRI STI NUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 637. | VINCRI STI NUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 638. | VINCRI STI NUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 639. | VINCRI STI NUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 640. | VINCRI STI NUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 641. | VINCRI STI NUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 642. | VINCRI STI NUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 643. | VINCRI STI NUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 644. | VINCRI STI NUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 645. | VINCRI STI NUM | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 646. | VINCRI STI NUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 647. | VINCRI STI NUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 648. | VINCRI STI NUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 649. | VINCRI STI NUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 650. | VINCRI STI NUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 651. | VINCRI 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 | JELITO 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 STINUM | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 675. | VINCRI STINUM | D37.5 | ODBYTNICA |
| 676. | VINCRI STINUM | D37.6 | WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE |
| 677. | VINCRI STINUM | D37.7 | INNE NARZĄDY TRAWIENNE |
| 678. | VINCRI STINUM | D37.9 | NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE |
| 679. | VINCRI STINUM | D38 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ |
| 680. | VINCRI STINUM | D38.0 | KRTAŃ |
| 681. | VINCRI STINUM | D38.1 | TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA |
| 682. | VINCRI STINUM | D38.2 | OPŁUCNA |
| 683. | VINCRI STINUM | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 684. | VINCRI STINUM | D38.4 | GRASICA |
| 685. | VINCRI STINUM | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 686. | VINCRI STINUM | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 687. | VINCRI STINUM | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 688. | VINCRI STINUM | D39.0 | MACICA |
| 689. | VINCRI STINUM | D39.1 | JAJNIK |
| 690. | VINCRI STINUM | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 691. | VINCRI STINUM | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 692. | VINCRI STINUM | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 693. | VINCRI STINUM | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 694. | VINCRI STINUM | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 695. | VINCRI STINUM | D40.1 | JĄDRO |
| 696. | VINCRI STINUM | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 697. | VINCRI STI NUM | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 698. | VINCRI STI NUM | D41 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 699. | VINCRI STI NUM | D41.0 | NERKA |
| 700. | VINCRI STI NUM | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 701. | VINCRI STI NUM | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 702. | VINCRI STI NUM | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 703. | VINCRI STI NUM | D41.4 | PĘCZERZ MOCZOWY |
| 704. | VINCRI STI NUM | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 705. | VINCRI STI NUM | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 706. | VINCRI STI NUM | D42 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 707. | VINCRI STI NUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 708. | VINCRI STI NUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 709. | VINCRI STI NUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 710. | VINCRI STI NUM | D43 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 711. | VINCRI STI NUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 712. | VINCRI STI NUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 713. | VINCRI STI NUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 714. | VINCRI STI NUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 715. | VINCRI STI NUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 716. | VINCRI STI NUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 717. | VINCRI STI NUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 718. | VINCRI STI NUM | D44 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 719. | VINCRI STI NUM | D44.0 | TARCZYCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 720. | VINCRI STINUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 721. | VINCRI STINUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 722. | VINCRI STINUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 723. | VINCRI STINUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 724. | VINCRI STINUM | D44.5 | SZYSZYNKI |
| 725. | VINCRI STINUM | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 726. | VINCRI STINUM | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 727. | VINCRI STINUM | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 728. | VINCRI STINUM | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 729. | VINCRI STINUM | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 730. | VINCRI STINUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 731. | VINCRI STINUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 732. | VINCRI STINUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 733. | VINCRI STINUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STA WOWE |
| 734. | VINCRI STINUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 735. | VINCRI STINUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 736. | VINCRI STINUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA |
| 737. | VINCRI STINUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 738. | VINCRI STINUM | D48.5 | SKÓRA |
| 739. | VINCRI STINUM | D48.6 | SUTEK |
| 740. | VINCRI STINUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 741. | VINCRI STINUM | D48.9 | NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 742. | VINCRI STINUM | D69.3 | SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPLYTKOWA |
| 743. | VINCRI STINUM | D76.0 | HIST IOCYTOZAZ KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 744. | VINCRI STINUM | D76.1 | LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 745. | VINCRI STINUM | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 746. | VINCRI STINUM | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 747. | VINCRI STINUM | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 748. | VINCRI STINUM | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 749. | VINCRI STINUM | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 750. | VINCRI STINUM | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 751. | VINCRI STINUM | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH |
| 752. | VINCRI STINUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 753. | VINCRI STINUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | VINORELBINUM | C00 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI |
| 2. | VINORELBINUM | C00.0 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 3. | VINORELBINUM | C00.1 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 4. | VINORELBINUM | C00.2 | POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA |
| 5. | VINORELBINUM | C00.3 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ |
| 6. | VINORELBINUM | C00.4 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ |
| 7. | VINORELBINUM | C00.5 | POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA) |
| 8. | VINORELBINUM | C00.6 | SPOIDŁO WARGI |
| 9. | VINORELBINUM | C00.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI |
| 10. | VINORELBINUM | C00.9 | WARGA, NIEOKREŚLONA |
| 11. | VINORELBINUM | C01 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA |
| 12. | VINORELBINUM | C02 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA |
| 13. | VINORELBINUM | C02.0 | POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA |
| 14. | VINORELBINUM | C02.1 | BRZEG JĘZYKA |
| 15. | VINORELBINUM | C02.2 | DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA |
| 16. | VINORELBINUM | C02.3 | PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 17. | VINORELBINUM | C02.4 | MIGDAŁEK JĘZYKOWY |
| 18. | VINORELBINUM | C02.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA |
| 19. | VINORELBINUM | C02.9 | JĘZYK, NIEOKREŚLONY |
| 20. | VINORELBINUM | C03 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA |
| 21. | VINORELBINUM | C03.0 | DZIAŚŁO GÓRNE |
| 22. | VINORELBINUM | C03.1 | DZIAŚŁO DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 23. | VINORELBINUM | C03.9 | DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE |
| 24. | VINORELBINUM | C04 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ |
| 25. | VINORELBINUM | C04.0 | PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 26. | VINORELBINUM | C04.1 | BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ |
| 27. | VINORELBINUM | C04.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ |
| 28. | VINORELBINUM | C04.9 | DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE |
| 29. | VINORELBINUM | C05 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA |
| 30. | VINORELBINUM | C05.0 | PODNIEBIENIE TWARDE |
| 31. | VINORELBINUM | C05.1 | PODNIEBIENIE MIĘKKIE |
| 32. | VINORELBINUM | C05.2 | JĘZYCZEK |
| 33. | VINORELBINUM | C05.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO |
| 34. | VINORELBINUM | C05.9 | PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE |
| 35. | VINORELBINUM | C06 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 36. | VINORELBINUM | C06.0 | ŚLUZÓWKA POLICZKA |
| 37. | VINORELBINUM | C06.1 | PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ |
| 38. | VINORELBINUM | C06.2 | PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA |
| 39. | VINORELBINUM | C06.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ |
| 40. | VINORELBINUM | C06.9 | JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA |
| 41. | VINORELBINUM | C07 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ |
| 42. | VINORELBINUM | C08 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 43. | VINORELBINUM | C08.0 | ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA |
| 44. | VINORELBINUM | C08.1 | ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA |
| 45. | VINORELBINUM | C08.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 46. | VINORELBINUM | C08.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 47. | VINORELBINUM | C09 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA |
| 48. | VINORELBINUM | C09.0 | DÓŁ MIGDAŁKOWY |
| 49. | VINORELBINUM | C09.1 | ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY) |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 50. | VINORELBINUM | C09.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA |
| 51. | VINORELBINUM | C09.9 | MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY |
| 52. | VINORELBINUM | C10 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX) |
| 53. | VINORELBINUM | C10.0 | DOLINKA NAGŁOŚNIOWA |
| 54. | VINORELBINUM | C10.1 | PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI |
| 55. | VINORELBINUM | C10.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 56. | VINORELBINUM | C10.3 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 57. | VINORELBINUM | C10.4 | SZCZELINA SKRZEŁOWA |
| 58. | VINORELBINUM | C10.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA |
| 59. | VINORELBINUM | C10.9 | CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 60. | VINORELBINUM | C11 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX) |
| 61. | VINORELBINUM | C11.0 | ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 62. | VINORELBINUM | C11.1 | ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 63. | VINORELBINUM | C11.2 | ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 64. | VINORELBINUM | C11.3 | ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 65. | VINORELBINUM | C11.8 | ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA |
| 66. | VINORELBINUM | C11.9 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 67. | VINORELBINUM | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO |
| 68. | VINORELBINUM | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69. | VINORELBINUM | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70. | VINORELBINUM | C13.1 | FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71. | VINORELBINUM | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72. | VINORELBINUM | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73. | VINORELBINUM | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74. | VINORELBINUM | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75. | VINORELBINUM | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 76. | VINORELBINUM | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77. | VINORELBINUM | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78. | VINORELBINUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 79. | VINORELBINUM | C16.0 | WPUST |
| 80. | VINORELBINUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |
| 81. | VINORELBINUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA |
| 82. | VINORELBINUM | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA |
| 83. | VINORELBINUM | C16.4 | ODŹWIERNIK |
| 84. | VINORELBINUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 85. | VINORELBINUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA |
| 86. | VINORELBINUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA |
| 87. | VINORELBINUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY |
| 88. | VINORELBINUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 89. | VINORELBINUM | C17.0 | DWUNASTNICA |
| 90. | VINORELBINUM | C17.1 | JELITO CZCZE |
| 91. | VINORELBINUM | C17.2 | JELITO KRĘTE |
| 92. | VINORELBINUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA |
| 93. | VINORELBINUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO |
| 94. | VINORELBINUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE |
| 95. | VINORELBINUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 96. | VINORELBINUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE |
| 97. | VINORELBINUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 98. | VINORELBINUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 99. | VINORELBINUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE |
| 100. | VINORELBINUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 101. | VINORELBINUM | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE |
| 102. | VINORELBINUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 103. | VINORELBINUM | C18.7 | ESICA |
| 104. | VINORELBINUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY |
| 105. | VINORELBINUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 106. | VINORELBINUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 107. | VINORELBINUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 108. | VINORELBINUM | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 109. | VINORELBINUM | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 110. | VINORELBINUM | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 111. | VINORELBINUM | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 112. | VINORELBINUM | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 113. | VINORELBINUM | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 130. | VINORELBINUM | C25.2 | OGON TRZUSTKI |
| 131. | VINORELBINUM | C25.3 | PRZEWÓD TRZUSTKOWY |
| 132. | VINORELBINUM | C25.4 | CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI |
| 133. | VINORELBINUM | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI |
| 134. | VINORELBINUM | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI |
| 135. | VINORELBINUM | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA |
| 136. | VINORELBINUM | C26 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 137. | VINORELBINUM | C26.0 | PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA |
| 138. | VINORELBINUM | C26.1 | ŚLEDZIONA |
| 139. | VINORELBINUM | C26.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 140. | VINORELBINUM | C26.9 | CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA |
| 141. | VINORELBINUM | C30 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO |
| 142. | VINORELBINUM | C30.0 | JAMA NOSOWA |
| 143. | VINORELBINUM | C30.1 | UCHO ŚRODKOWE |
| 144. | VINORELBINUM | C31 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 145. | VINORELBINUM | C31.0 | ZATOKA SZCZĘKOWA |
| 146. | VINORELBINUM | C31.1 | KOMÓRKI SITOWE |
| 147. | VINORELBINUM | C31.2 | ZATOKA CZOŁOWA |
| 148. | VINORELBINUM | C31.3 | ZATOKA KLINOWA |
| 149. | VINORELBINUM | C31.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH |
| 150. | VINORELBINUM | C31.9 | ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA |
| 151. | VINORELBINUM | C33 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY |
| 152. | VINORELBINUM | C34 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA |
| 153. | VINORELBINUM | C34.0 | OSKRZELE GŁÓWNE |
| 154. | VINORELBINUM | C34.1 | PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE |
| 155. | VINORELBINUM | C34.2 | PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE |
| 156. | VINORELBINUM | C34.3 | PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 157. | VINORELBINUM | C34.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA |
| 158. | VINORELBINUM | C34.9 | OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE |
| 159. | VINORELBINUM | C37 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY |
| 160. | VINORELBINUM | C38 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I 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 WNEŹRZA 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 183. | VINORELBINUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA |
| 184. | VINORELBINUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ |
| 185. | VINORELBINUM | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE |
| 186. | VINORELBINUM | C43 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 187. | VINORELBINUM | C43.0 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI |
| 188. | VINORELBINUM | C43.1 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA |
| 189. | VINORELBINUM | C43.2 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO |
| 190. | VINORELBINUM | C43.3 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY |
| 191. | VINORELBINUM | C43.4 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI |
| 192. | VINORELBINUM | C43.5 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA |
| 193. | VINORELBINUM | C43.6 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 194. | VINORELBINUM | C43.7 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 195. | VINORELBINUM | C43.8 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE |
| 196. | VINORELBINUM | C43.9 | CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY |
| 197. | VINORELBINUM | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym |
| 198. | VINORELBINUM | C46 | MIĘSAK 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 209. | VINORELBINUM | C47.2 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 210. | VINORELBINUM | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 211. | VINORELBINUM | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA |
| 212. | VINORELBINUM | C47.5 | NERWY OBWODOWE MIEDNICY |
| 213. | VINORELBINUM | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 214. | VINORELBINUM | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO |
| 215. | VINORELBINUM | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 216. | VINORELBINUM | C48 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 217. | VINORELBINUM | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 218. | VINORELBINUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ |
| 219. | VINORELBINUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 220. | VINORELBINUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ |
| 221. | VINORELBINUM | C49 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 222. | VINORELBINUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 223. | VINORELBINUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 224. | VINORELBINUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 225. | VINORELBINUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ |
| 226. | VINORELBINUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA |
| 227. | VINORELBINUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY |
| 228. | VINORELBINUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA |
| 229. | VINORELBINUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ |
| 230. | VINORELBINUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE |
| 231. | VINORELBINUM | C50 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA |
| 232. | VINORELBINUM | C50.0 | BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ |
| 233. | VINORELBINUM | C50.1 | CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA |
| 234. | VINORELBINUM | C50.2 | ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA |
| 235. | VINORELBINUM | C50.3 | ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|---|
| 236. | VINORELBINUM | C50.4 | ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 237. | VINORELBINUM | C50.5 | ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA |
| 238. | VINORELBINUM | C50.6 | CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA |
| 239. | VINORELBINUM | C50.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA |
| 240. | VINORELBINUM | C50.9 | SUTEK, NIEOKREŚLONY |
| 241. | VINORELBINUM | C51 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU |
| 242. | VINORELBINUM | C51.0 | WARGI SROMOWE WIĘKSZE |
| 243. | VINORELBINUM | C51.1 | WARGI SROMOWE MNIJSZE |
| 244. | VINORELBINUM | C51.2 | ŁECHTACZKA |
| 245. | VINORELBINUM | C51.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU |
| 246. | VINORELBINUM | C51.9 | SROM, NIEOKREŚLONE |
| 247. | VINORELBINUM | C52 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY |
| 248. | VINORELBINUM | C53 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY |
| 249. | VINORELBINUM | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 250. | VINORELBINUM | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 251. | VINORELBINUM | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY |
| 252. | VINORELBINUM | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 253. | VINORELBINUM | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 254. | VINORELBINUM | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 255. | VINORELBINUM | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 256. | VINORELBINUM | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 257. | VINORELBINUM | C54.3 | DNO MACICY |
| 258. | VINORELBINUM | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 259. | VINORELBINUM | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 260. | VINORELBINUM | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 261. | VINORELBINUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 262. | VINORELBINUM | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 263. | VINORELBINUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 264. | VINORELBINUM | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 265. | VINORELBINUM | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 266. | VINORELBINUM | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 267. | VINORELBINUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 268. | VINORELBINUM | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 269. | VINORELBINUM | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 270. | VINORELBINUM | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 271. | VINORELBINUM | C61 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO |
| 272. | VINORELBINUM | C62 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA |
| 273. | VINORELBINUM | C62.0 | JĄDRO NIEZSTĄPIONE |
| 274. | VINORELBINUM | C62.1 | JĄDRO ZSTĄPIONE |
| 275. | VINORELBINUM | C62.9 | JĄDRO, NIEOKREŚLONE |
| 276. | VINORELBINUM | C63 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 277. | VINORELBINUM | C63.0 | NAJĄDRZE |
| 278. | VINORELBINUM | C63.1 | POWRÓZEK NASIENNY |
| 279. | VINORELBINUM | C63.2 | MOSZNA |
| 280. | VINORELBINUM | C63.7 | INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 281. | VINORELBINUM | C63.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 282. | VINORELBINUM | C63.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 283. | VINORELBINUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 284. | VINORELBINUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 285. | VINORELBINUM | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU |
| 286. | VINORELBINUM | C67 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 287. | VINORELBINUM | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 288. | VINORELBINUM | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 289. | VINORELBINUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 290. | VINORELBINUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 291. | VINORELBINUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 292. | VINORELBINUM | C67.5 | SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 293. | VINORELBINUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU |
| 294. | VINORELBINUM | C67.7 | MOCZOWNIK |
| 295. | VINORELBINUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO |
| 296. | VINORELBINUM | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 297. | VINORELBINUM | C68 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 298. | VINORELBINUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA |
| 299. | VINORELBINUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ |
| 300. | VINORELBINUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO |
| 301. | VINORELBINUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY |
| 302. | VINORELBINUM | C69 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA |
| 303. | VINORELBINUM | C69.0 | SPOJÓWKA |
| 304. | VINORELBINUM | C69.1 | ROGÓWKA |
| 305. | VINORELBINUM | C69.2 | SIATKÓWKA |
| 306. | VINORELBINUM | C69.3 | NACZYNIÓWKA |
| 307. | VINORELBINUM | C69.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 308. | VINORELBINUM | C69.5 | GRUCZOŁ I DROGIŁZOWE |
| 309. | VINORELBINUM | C69.6 | OCZODÓŁ |
| 310. | VINORELBINUM | C69.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA |
| 311. | VINORELBINUM | C69.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 312. | VINORELBINUM | C70 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON |
| 313. | VINORELBINUM | C70.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 314. | VINORELBINUM | C70.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 315. | VINORELBINUM | C70.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 316. | VINORELBINUM | C71 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 317. | VINORELBINUM | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 318. | VINORELBINUM | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 319. | VINORELBINUM | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 320. | VINORELBINUM | C71.3 | PŁAT CIEMIENOWY |
| 321. | VINORELBINUM | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 322. | VINORELBINUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 323. | VINORELBINUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 324. | VINORELBINUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 325. | VINORELBINUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 326. | VINORELBINUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 327. | VINORELBINUM | C72 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 328. | VINORELBINUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 329. | VINORELBINUM | C72.1 | OGON KOŃSKI |
| 330. | VINORELBINUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY |
| 331. | VINORELBINUM | C72.3 | NERW WZROKOWY |
| 332. | VINORELBINUM | C72.4 | NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY |
| 333. | VINORELBINUM | C72.5 | INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE |
| 334. | VINORELBINUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 335. | VINORELBINUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 336. | VINORELBINUM | C73 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY |
| 337. | VINORELBINUM | C74 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 338. | VINORELBINUM | C74.0 | KORA NADNERCZY |
| 339. | VINORELBINUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY |
| 340. | VINORELBINUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE |
| 341. | VINORELBINUM | C75 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH |
| 342. | VINORELBINUM | C75.0 | GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 343. | VINORELBINUM | C75.1 | PRZYSADKA GRUCZOŁOWA |
| 344. | VINORELBINUM | C75.2 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 345. | VINORELBINUM | C75.3 | SZYSZYŃKA |
| 346. | VINORELBINUM | C75.4 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 347. | VINORELBINUM | C75.5 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 348. | VINORELBINUM | C75.8 | ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 349. | VINORELBINUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 350. | VINORELBINUM | C76 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH |
| 351. | VINORELBINUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA |
| 352. | VINORELBINUM | C76.1 | KŁATKA PIERSIOWA |
| 353. | VINORELBINUM | C76.2 | BRZUCH |
| 354. | VINORELBINUM | C76.3 | MIEDNICA |
| 355. | VINORELBINUM | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA |
| 356. | VINORELBINUM | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA |
| 357. | VINORELBINUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 358. | VINORELBINUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 359. | VINORELBINUM | C77 | WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH |
| 360. | VINORELBINUM | C77.0 | WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI |
| 361. | VINORELBINUM | C77.1 | WĘZŁY CHŁONNE 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 ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO |
| 369. | VINORELBINUM | C78.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 370. | VINORELBINUM | C78.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA |
| 371. | VINORELBINUM | C78.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ |
| 372. | VINORELBINUM | C78.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH |
| 373. | VINORELBINUM | C78.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO |
| 374. | VINORELBINUM | C78.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY |
| 375. | VINORELBINUM | C78.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 376. | VINORELBINUM | C78.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY |
| 377. | VINORELBINUM | C78.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO |
| 378. | VINORELBINUM | C79 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 379. | VINORELBINUM | C79.0 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ |
| 380. | VINORELBINUM | C79.1 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 381. | VINORELBINUM | C79.2 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY |
| 382. | VINORELBINUM | C79.3 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH |
| 383. | VINORELBINUM | C79.4 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO |
| 384. | VINORELBINUM | C79.5 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO |
| 385. | VINORELBINUM | C79.6 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 386. | VINORELBINUM | C79.7 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY |
| 387. | VINORELBINUM | C79.8 | WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 388. | VINORELBINUM | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 389. | VINORELBINUM | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 390. | VINORELBINUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 391. | VINORELBINUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 392. | VINORELBINUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 393. | VINORELBINUM | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 394. | VINORELBINUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |
| 395. | VINORELBINUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA |
| 396. | VINORELBINUM | C96 | INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| | | | POKREWNYCH |
| 397. | VINORELBINUM | C96.0 | CHOROBA LETTERERA-SIWEGO |
| 398. | VINORELBINUM | C96.1 | HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA |
| 399. | VINORELBINUM | C96.2 | GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH |
| 400. | VINORELBINUM | C96.3 | PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY |
| 401. | VINORELBINUM | C96.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH |
| 402. | VINORELBINUM | C96.9 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 403. | VINORELBINUM | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ |
| 404. | VINORELBINUM | D00.2 | ŻOŁĄDEK |
| 405. | VINORELBINUM | D01 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH |
| 406. | VINORELBINUM | D01.0 | OKRĘŻNICA |
| 407. | VINORELBINUM | D01.1 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 408. | VINORELBINUM | D01.2 | ODBYTNICA |
| 409. | VINORELBINUM | D01.3 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 410. | VINORELBINUM | D01.4 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA |
| 411. | VINORELBINUM | D01.5 | WĄTROBA, 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 423. | VINORELBINUM | D03.8 | CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 424. | VINORELBINUM | D03.9 | CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 425. | VINORELBINUM | D06 | RAK IN SITU SZYJKI MACICY |
| 426. | VINORELBINUM | D06.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 427. | VINORELBINUM | D06.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 428. | VINORELBINUM | D06.7 | INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY |
| 429. | VINORELBINUM | D06.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 430. | VINORELBINUM | D07 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 431. | VINORELBINUM | D07.0 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 432. | VINORELBINUM | D07.1 | SROM |
| 433. | VINORELBINUM | D07.2 | POCHWA |
| 434. | VINORELBINUM | D07.3 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE |
| 435. | VINORELBINUM | D07.4 | PRĄCIE |
| 436. | VINORELBINUM | D07.5 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 437. | VINORELBINUM | D07.6 | INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE |
| 438. | VINORELBINUM | D09 | RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 439. | VINORELBINUM | D09.0 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 440. | VINORELBINUM | D09.1 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO |
| 441. | VINORELBINUM | D09.2 | OKO |
| 442. | VINORELBINUM | D09.3 | TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 443. | VINORELBINUM | D09.7 | RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 444. | VINORELBINUM | D09.9 | RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY |
| 445. | VINORELBINUM | D10 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 446. | VINORELBINUM | D10.0 | WARGA |
| 447. | VINORELBINUM | D10.1 | JĘZYK |
| 448. | VINORELBINUM | D10.2 | DNO JAMY USTNEJ |
| 449. | VINORELBINUM | D10.3 | INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 450. | VINORELBINUM | D10.4 | MIGDAŁEK |
| 451. | VINORELBINUM | D10.5 | INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE |
| 452. | VINORELBINUM | D10.6 | CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA |
| 453. | VINORELBINUM | D10.7 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA |
| 454. | VINORELBINUM | D10.9 | GARDŁO, NIEOKREŚLONE |
| 455. | VINORELBINUM | D11 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH |
| 456. | VINORELBINUM | D11.0 | ŚLINIANKA PRZYUSZNA |
| 457. | VINORELBINUM | D11.7 | INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE |
| 458. | VINORELBINUM | D11.9 | DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE |
| 459. | VINORELBINUM | D12 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 460. | VINORELBINUM | D12.0 | JELITO ŚLEPE |
| 461. | VINORELBINUM | D12.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY |
| 462. | VINORELBINUM | D12.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA |
| 463. | VINORELBINUM | D12.3 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA |
| 464. | VINORELBINUM | D12.4 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA |
| 465. | VINORELBINUM | D12.5 | OKRĘŻNICA ESOWATA |
| 466. | VINORELBINUM | D12.6 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 467. | VINORELBINUM | D12.7 | ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE |
| 468. | VINORELBINUM | D12.8 | ODBYTNICA |
| 469. | VINORELBINUM | D12.9 | ODBYT I KANAŁ ODBYTU |
| 470. | VINORELBINUM | D13 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO |
| 471. | VINORELBINUM | D13.0 | PRZELYK |
| 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 477. | VINORELBINUM | D13.6 | TRZUSTKA |
| 478. | VINORELBINUM | D13.7 | WSPY TRZUSTKI |
| 479. | VINORELBINUM | D13.9 | NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO |
| 480. | VINORELBINUM | D14 | NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 481. | VINORELBINUM | D14.0 | UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE |
| 482. | VINORELBINUM | D14.1 | KRTAŃ |
| 483. | VINORELBINUM | D14.2 | TCHAWICA |
| 484. | VINORELBINUM | D14.3 | OSKRZELA I PŁUCA |
| 485. | VINORELBINUM | D14.4 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE |
| 486. | VINORELBINUM | D15 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW 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 | NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 504. | VINORELBINUM | D18.0 | NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 505. | VINORELBINUM | D18.1 | NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA |
| 506. | VINORELBINUM | D20 | NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ |
| 507. | VINORELBINUM | D20.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 508. | VINORELBINUM | D20.1 | OTRZEWNA |
| 509. | VINORELBINUM | D21 | INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH |
| 510. | VINORELBINUM | D21.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI |
| 511. | VINORELBINUM | D21.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM |
| 512. | VINORELBINUM | D21.2 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM |
| 513. | VINORELBINUM | D21.3 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ |
| 514. | VINORELBINUM | D21.4 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA |
| 515. | VINORELBINUM | D21.5 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY |
| 516. | VINORELBINUM | D21.6 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE |
| 517. | VINORELBINUM | D21.9 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE |
| 518. | VINORELBINUM | D27 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA |
| 519. | VINORELBINUM | D28 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 520. | VINORELBINUM | D28.0 | SRÓM |
| 521. | VINORELBINUM | D28.1 | POCHWA |
| 522. | VINORELBINUM | D28.2 | JAJOWODY I WIĘZADŁA |
| 523. | VINORELBINUM | D28.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 524. | VINORELBINUM | D28.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 525. | VINORELBINUM | D29 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 526. | VINORELBINUM | D29.0 | PRĄCIE |
| 527. | VINORELBINUM | D29.1 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 528. | VINORELBINUM | D29.2 | JĄDRO |
| 529. | VINORELBINUM | D29.3 | NAJĄDRZE |
| 530. | VINORELBINUM | D29.4 | MOSZNA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|--|
| 531. | VINORELBINUM | D29.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 532. | VINORELBINUM | D29.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 533. | VINORELBINUM | D30 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 534. | VINORELBINUM | D30.0 | NERKA |
| 535. | VINORELBINUM | D30.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |
| 536. | VINORELBINUM | D30.2 | MOCZOWÓD |
| 537. | VINORELBINUM | D30.3 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 538. | VINORELBINUM | D30.4 | CEWKA MOCZOWA |
| 539. | VINORELBINUM | D30.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 540. | VINORELBINUM | D30.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 541. | VINORELBINUM | D31 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA |
| 542. | VINORELBINUM | D31.0 | SPOJÓWKA |
| 543. | VINORELBINUM | D31.1 | ROGÓWKA |
| 544. | VINORELBINUM | D31.2 | SIATKÓWKA |
| 545. | VINORELBINUM | D31.3 | NACZYNIÓWKA |
| 546. | VINORELBINUM | D31.4 | CIAŁO RZĘSKOWE |
| 547. | VINORELBINUM | D31.5 | GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE |
| 548. | VINORELBINUM | D31.6 | OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY |
| 549. | VINORELBINUM | D31.9 | OKO, NIEOKREŚLONE |
| 550. | VINORELBINUM | D32 | NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH |
| 551. | VINORELBINUM | D32.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 552. | VINORELBINUM | D32.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 553. | VINORELBINUM | D32.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 554. | VINORELBINUM | D33 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 555. | VINORELBINUM | D33.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 556. | VINORELBINUM | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 557. | VINORELBINUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 558. | VINORELBINUM | D33.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 559. | VINORELBINUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 560. | VINORELBINUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 561. | VINORELBINUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY |
| 562. | VINORELBINUM | D34 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY |
| 563. | VINORELBINUM | D35 | NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 564. | VINORELBINUM | D35.0 | NADNERCZA |
| 565. | VINORELBINUM | D35.1 | PRZYTARCZYCE |
| 566. | VINORELBINUM | D35.2 | PRZYSADKA |
| 567. | VINORELBINUM | D35.3 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 568. | VINORELBINUM | D35.4 | SZYSZYŃKA |
| 569. | VINORELBINUM | D35.5 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 570. | VINORELBINUM | D35.6 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA 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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 584. | VINORELBINUM | D37.4 | OKRĘŻNICA |
| 585. | VINORELBINUM | D37.5 | ODBYTNICA |
| 586. | VINORELBINUM | D37.6 | WĄTROBA, 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 | OPLUCNA |
| 593. | VINORELBINUM | D38.3 | SRÓDPIERSIE |
| 594. | VINORELBINUM | D38.4 | GRASICA |
| 595. | VINORELBINUM | D38.5 | INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO |
| 596. | VINORELBINUM | D38.6 | UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY |
| 597. | VINORELBINUM | D39 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 598. | VINORELBINUM | D39.0 | MACICA |
| 599. | VINORELBINUM | D39.1 | JAJNIK |
| 600. | VINORELBINUM | D39.2 | ŁOŻYSKO |
| 601. | VINORELBINUM | D39.7 | INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 602. | VINORELBINUM | D39.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 603. | VINORELBINUM | D40 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 604. | VINORELBINUM | D40.0 | GRUCZOŁ KROKOWY |
| 605. | VINORELBINUM | D40.1 | JĄDRO |
| 606. | VINORELBINUM | D40.7 | INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 607. | VINORELBINUM | D40.9 | MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 608. | VINORELBINUM | D41 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH |
| 609. | VINORELBINUM | D41.0 | NERKA |
| 610. | VINORELBINUM | D41.1 | MIEDNICZKA NERKOWA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 611. | VINORELBINUM | D41.2 | MOCZOWÓD |
| 612. | VINORELBINUM | D41.3 | CEWKA MOCZOWA |
| 613. | VINORELBINUM | D41.4 | PĘCHERZ MOCZOWY |
| 614. | VINORELBINUM | D41.7 | INNE NARZĄDY MOCZOWE |
| 615. | VINORELBINUM | D41.9 | NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE |
| 616. | VINORELBINUM | D42 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON |
| 617. | VINORELBINUM | D42.0 | OPONY MÓZGOWE |
| 618. | VINORELBINUM | D42.1 | OPONY RDZENIOWE |
| 619. | VINORELBINUM | D42.9 | OPONY, NIEOKREŚLONE |
| 620. | VINORELBINUM | D43 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 621. | VINORELBINUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE |
| 622. | VINORELBINUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE |
| 623. | VINORELBINUM | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 624. | VINORELBINUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE |
| 625. | VINORELBINUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY |
| 626. | VINORELBINUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO |
| 627. | VINORELBINUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE |
| 628. | VINORELBINUM | D44 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |
| 629. | VINORELBINUM | D44.0 | TARCZYCA |
| 630. | VINORELBINUM | D44.1 | NADNERCZA |
| 631. | VINORELBINUM | D44.2 | PRZYTARCZYCE |
| 632. | VINORELBINUM | D44.3 | PRZYSADKA |
| 633. | VINORELBINUM | D44.4 | PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY |
| 634. | VINORELBINUM | D44.5 | SZYSZYŃKA |
| 635. | VINORELBINUM | D44.6 | KŁĘBEK SZYJNY |
| 636. | VINORELBINUM | D44.7 | CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE |
| 637. | VINORELBINUM | D44.8 | ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|--|-------------------|---|
| 638. | VINORELBINUM | D44.9 | GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE |
| 639. | VINORELBINUM | D47.3 | SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA) |
| 640. | VINORELBINUM | D47.7 | INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 641. | VINORELBINUM | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 642. | VINORELBINUM | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 643. | VINORELBINUM | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 644. | VINORELBINUM | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 645. | VINORELBINUM | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 646. | VINORELBINUM | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 647. | VINORELBINUM | D48.4 | OTRZEWNA |
| 648. | VINORELBINUM | D48.5 | SKÓRA |
| 649. | VINORELBINUM | D48.6 | SUTEK |
| 650. | VINORELBINUM | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 651. | VINORELBINUM | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 652. | VINORELBINUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 653. | VINORELBINUM | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1. | TEMOZOLOMIDUM | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 2. | TEMOZOLOMIDUM | C16.0 | WPUST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 3. | TEMOZOLOMIDUM | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 4. | TEMOZOLOMIDUM | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 5. | TEMOZOLOMIDUM | C16.3 | UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 6. | TEMOZOLOMIDUM | C16.4 | ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 7. | TEMOZOLOMIDUM | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 8. | TEMOZOLOMIDUM | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 9. | TEMOZOLOMIDUM | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 10. | TEMOZOLOMIDUM | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 11. | TEMOZOLOMIDUM | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 12. | TEMOZOLOMIDUM | C17.0 | DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 13. | TEMOZOLOMIDUM | C17.1 | JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 14. | TEMOZOLOMIDUM | C17.2 | JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 15. | TEMOZOLOMIDUM | C17.3 | UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 16. | TEMOZOLOMIDUM | C17.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 17. | TEMOZOLOMIDUM | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 18. | TEMOZOLOMIDUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 19. | TEMOZOLOMIDUM | C18.0 | JELITO ŚLEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 20. | TEMOZOLOMIDUM | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 21. | TEMOZOLOMIDUM | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 22. | TEMOZOLOMIDUM | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 23. | TEMOZOLOMIDUM | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 24. | TEMOZOLOMIDUM | C18.5 | ZGIĘCIE SLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 25. | TEMOZOLOMIDUM | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 26. | TEMOZOLOMIDUM | C18.7 | ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 27. | TEMOZOLOMIDUM | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 28. | TEMOZOLOMIDUM | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 29. | TEMOZOLOMIDUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 30. | TEMOZOLOMIDUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i> |
| 31. | TEMOZOLOMIDUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 32. | TEMOZOLOMIDUM | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 33. | TEMOZOLOMIDUM | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 34. | TEMOZOLOMIDUM | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| | | | <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 35. | TEMOZOLOMIDUM | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 36. | TEMOZOLOMIDUM | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 37. | TEMOZOLOMIDUM | C38.0 | SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 38. | TEMOZOLOMIDUM | C38.1 | SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 39. | TEMOZOLOMIDUM | C38.2 | SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 40. | TEMOZOLOMIDUM | C38.3 | SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 41. | TEMOZOLOMIDUM | C38.4 | OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 42. | TEMOZOLOMIDUM | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 43. | TEMOZOLOMIDUM | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 44. | TEMOZOLOMIDUM | C40.2 | KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 45. | TEMOZOLOMIDUM | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 46. | TEMOZOLOMIDUM | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 47. | TEMOZOLOMIDUM | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 48. | TEMOZOLOMIDUM | C41.0 | KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 49. | TEMOZOLOMIDUM | C41.1 | ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 50. | TEMOZOLOMIDUM | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 51. | TEMOZOLOMIDUM | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 52. | TEMOZOLOMIDUM | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 53. | TEMOZOLOMIDUM | C41.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 54. | TEMOZOLOMIDUM | C41.9 | KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 55. | TEMOZOLOMIDUM | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 56. | TEMOZOLOMIDUM | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 57. | TEMOZOLOMIDUM | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 58. | TEMOZOLOMIDUM | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 59. | TEMOZOLOMIDUM | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 60. | TEMOZOLOMIDUM | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 61. | TEMOZOLOMIDUM | C47.1 | NERWY OBWODOWE KONCZYNY 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, NIEOKREŚLONE <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, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 67. | TEMOZOLOMIDUM | C48.0 | PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 68. | TEMOZOLOMIDUM | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 69. | TEMOZOLOMIDUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 70. | TEMOZOLOMIDUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 71. | TEMOZOLOMIDUM | C49.0 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 72. | TEMOZOLOMIDUM | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 73. | TEMOZOLOMIDUM | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 74. | TEMOZOLOMIDUM | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 75. | TEMOZOLOMIDUM | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 76. | TEMOZOLOMIDUM | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 77. | TEMOZOLOMIDUM | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 78. | TEMOZOLOMIDUM | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 79. | TEMOZOLOMIDUM | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 80. | TEMOZOLOMIDUM | C63.0 | NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 81. | TEMOZOLOMIDUM | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 82. | TEMOZOLOMIDUM | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 83. | TEMOZOLOMIDUM | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 84. | TEMOZOLOMIDUM | C67.0 | TROJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 85. | TEMOZOLOMIDUM | C67.1 | SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 86. | TEMOZOLOMIDUM | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 87. | TEMOZOLOMIDUM | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 88. | TEMOZOLOMIDUM | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 89. | TEMOZOLOMIDUM | C67.5 | SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|--|
| | | | <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 90. | TEMOZOLOMIDUM | C67.6 | UJŚCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 91. | TEMOZOLOMIDUM | C67.7 | MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 92. | TEMOZOLOMIDUM | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 93. | TEMOZOLOMIDUM | C67.9 | PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 94. | TEMOZOLOMIDUM | C68.0 | CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 95. | TEMOZOLOMIDUM | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 96. | TEMOZOLOMIDUM | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 97. | TEMOZOLOMIDUM | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 98. | TEMOZOLOMIDUM | C69.2 | SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 99. | TEMOZOLOMIDUM | C69.6 | OCZODOŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 100. | TEMOZOLOMIDUM | C71.0 | MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR |
| 101. | TEMOZOLOMIDUM | C71.1 | PŁAT CZOŁOWY |
| 102. | TEMOZOLOMIDUM | C71.2 | PŁAT SKRONIOWY |
| 103. | TEMOZOLOMIDUM | C71.3 | PŁAT CIEMIENIOWY |
| 104. | TEMOZOLOMIDUM | C71.4 | PŁAT POTYLICZNY |
| 105. | TEMOZOLOMIDUM | C71.5 | KOMORY MÓZGOWE |
| 106. | TEMOZOLOMIDUM | C71.6 | MÓZDŻEK |
| 107. | TEMOZOLOMIDUM | C71.7 | PIEŃ MÓZGU |
| 108. | TEMOZOLOMIDUM | C71.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU |
| 109. | TEMOZOLOMIDUM | C71.9 | MÓZG, NIEOKREŚLONY |
| 110. | TEMOZOLOMIDUM | C72.0 | RDZEŃ KRĘGOWY |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------|--|------------|---|
| | | | <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 111. | TEMOZOLOMIDUM | C72.1 | OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 112. | TEMOZOLOMIDUM | C72.2 | NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 113. | TEMOZOLOMIDUM | C72.3 | NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 114. | TEMOZOLOMIDUM | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 115. | TEMOZOLOMIDUM | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 116. | TEMOZOLOMIDUM | C74.0 | KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 117. | TEMOZOLOMIDUM | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 118. | TEMOZOLOMIDUM | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 119. | TEMOZOLOMIDUM | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 120. | TEMOZOLOMIDUM | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 121. | TEMOZOLOMIDUM | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 122. | TEMOZOLOMIDUM | C76.2 | BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 123. | TEMOZOLOMIDUM | C76.3 | MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 124. | TEMOZOLOMIDUM | C76.4 | KONCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 125. | TEMOZOLOMIDUM | C76.5 | KONCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 126. | TEMOZOLOMIDUM | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 127. | TEMOZOLOMIDUM | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 128. | TEMOZOLOMIDUM | 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. | TEMOZOLOMIDUM | D33.0 | MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 130. | TEMOZOLOMIDUM | D33.1 | MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 131. | TEMOZOLOMIDUM | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 132. | TEMOZOLOMIDUM | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 133. | TEMOZOLOMIDUM | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 134. | TEMOZOLOMIDUM | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 135. | TEMOZOLOMIDUM | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 136. | TEMOZOLOMIDUM | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 137. | TEMOZOLOMIDUM | D43.2 | MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 138. | TEMOZOLOMIDUM | D43.3 | NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 139. | TEMOZOLOMIDUM | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 140. | TEMOZOLOMIDUM | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |
| 141. | TEMOZOLOMIDUM | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i> |

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1 | ARSENICUM TRIOXIDUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <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

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 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

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1 | ARSENICUM TRIOXIDUM | C92.4 | OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$), w skojarzeniu z kwasem all- trans- retynowym |

Załącznik C.66.a.

CLOFARABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1 | CLOFARABINUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <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

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | CLOFARABINUM | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ <i>w trzeciej linii leczenia</i> |
| 2. | CLOFARABINUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81 | CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 2. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 3. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 4. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 5. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.3 | ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 6. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 7. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i> |
| 8. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C82.1 | MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii. |
| 10. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii. |
| 11. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE) w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii. |
| 12. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE) w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii albo w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia: a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub b) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| | | | <i>leczenie I linii.</i> |
| 13. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <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>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i> |
| 14. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i> |
| 15. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i> |
| 16. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i> |
| 17. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i> |
| 18. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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> <i>albo</i> <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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i> |
| 23. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i> |
| 24. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i> |
| 25. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | 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. | BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM | C91.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA w przypadku: a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę, b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny. |

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ |
|------------|---|---|
| 1 | ACIDUM ZOLEDRONICUM | WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI |

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-----------------------|---|
| 1 | ACIDUM ZOLEDRONICUM | C.50. | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniająco leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i> |

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1 | AZACITIDINUM | D46 | ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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 | AZACITIDINUM | 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> |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-----------------------|--|
| 10 | AZACITIDINUM | C93.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych. |

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-----------------------|--|
| 1 | AZACITIDINUM | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (<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

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | IMATINIBUM | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i> |

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | IMATINIBUM | C44; C49 | ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY <i>w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ</i> |

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1. | IMATINIBUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i> |

Załącznik C.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 |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 24. | PLERIXAFORUM | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 25. | PLERIXAFORUM | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 26. | PLERIXAFORUM | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 27. | PLERIXAFORUM | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO |
| 28. | PLERIXAFORUM | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T |
| 29. | PLERIXAFORUM | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY |
| 30. | PLERIXAFORUM | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T |
| 31. | PLERIXAFORUM | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI I T |
| 32. | PLERIXAFORUM | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH |
| 33. | PLERIXAFORUM | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY |
| 34. | PLERIXAFORUM | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY |
| 35. | PLERIXAFORUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO |
| 36. | PLERIXAFORUM | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY |
| 37. | PLERIXAFORUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI |

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | ANAGRELIDUM | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i> |
| 2. | ANAGRELIDUM | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU |
| 3. | ANAGRELIDUM | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA |

Załącznik C.73.

NELARABINUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1. | NELARABINUM | C91.0 | OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i> |
| 2. | NELARABINUM | C83.0 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i> |
| 3. | NELARABINUM | C83.5 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i> |

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1 | BORTEZOMIBUM | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA |
| 2 | BORTEZOMIBUM | C88.9 | ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE |
| 3 | BORTEZOMIBUM | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i> |
| 4 | BORTEZOMIBUM | C90.0 | SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i> |
| 5 | BORTEZOMIBUM | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i> |
| 6 | BORTEZOMIBUM | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i> |
| 7 | BORTEZOMIBUM | E85.8 | INNE AMYLOIDOZY |
| 8 | BORTEZOMIBUM | E85.9 | AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA |

Załącznik C.76.b

BORTEZOMIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|--|
| 1 | BORTEZOMIBUM | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszcz, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych</i> |

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---|
| 1 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | C92.1 | PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego |
| 2 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | D45 | CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego |
| 3 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | D47.1 | PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego |
| 4 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | D75.2 | NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego |

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|-----------------------|
| 1 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | C.84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY |
| 2 | PEGINTERERONUM ALFA-2A | C.84.1 | CHOROBA SÉZARY'EGO |

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1. | GEFITYNIBUM | C34 | <p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) <i>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),</i></p> <p>b) <i>z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),</i></p> <p>c) <i>z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</i></p> <p>d) <i>z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</i></p> <p>e) <i>z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</i></p> <p>f) <i>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,</i></p> <p>g) <i>z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</i></p> <p>h) <i>z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</i></p> <p><i>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</i></p> |

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|--|
| 1. | ERLOTINIBUM | 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. not otherwise specified - NOS),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</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. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</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.

BEVACIZUMABUM

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- 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 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 1. | BEVACIZUMABUM | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 2. | BEVACIZUMABUM | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 3. | BEVACIZUMABUM | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE |
| 4. | BEVACIZUMABUM | C48.1 | OKREŚLONA CZEŚĆ OTRZEWNEJ |
| 5. | BEVACIZUMABUM | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA |
| 6. | BEVACIZUMABUM | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ |

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetwały, 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.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Bewacyzumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematów: FOLFIRI w pierwszej linii leczenia lub FOLFOX-4 w drugiej linii leczenia.

Dla wszystkich wskazań:

- rozpoznanie nowotworu w stopniu zaawansowania IV (uogólniony),
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,
- wcześniejsze wykorzystanie oksaliplatyny podczas chemioterapii uzupełniającej w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,
- brak wcześniejszego wykorzystania oksaliplatyny podczas chemioterapii uzupełniającej w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,
- wcześniejsze wykorzystanie irynotekanu w pierwszej linii leczenia w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z FOLFOX-4,
- obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2., 3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI,
- nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym.

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|-----|--|------------|---|
| 1. | BEVACIZUMABUM | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO |
| 2. | BEVACIZUMABUM | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO |
| 3. | BEVACIZUMABUM | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|------------|---|-------------------|---------------------|
| 1. | BEVACIZUMABUM | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |

D. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909991370916 |
| 2 | Acebutololi hydrochloridum | Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909991370954 |
| 3 | Acebutololum | Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg | 30 szt. | 05909990109920 |
| 4 | Acebutololum | Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 400 mg | 30 szt. | 05909990110018 |
| 5 | Acenocoumarolum | Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909990055715 |
| 6 | Acidum alendronicum | Alendran 70, tabl., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909990072156 |
| 7 | Acidum alendronicum | Alendrogen, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909990623112 |
| 8 | Acidum alendronicum | Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909990737673 |
| 9 | Acidum alendronicum | Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909991081713 |
| 10 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 4 szt. | 05909991087418 |
| 11 | Acidum alendronicum | Ostenil 70, tabl., 70 mg | 6 szt. | 05909991087425 |
| 12 | Acidum alendronicum | Ostolek, tabl. powł., 70 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 05909991032517 |
| 13 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg | 30 szt. | 05909990109319 |
| 14 | Acidum folicum | Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990109210 |
| 15 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990746576 |
| 16 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991291945 |
| 17 | Alfuzosini hydrochloridum | Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909990619580 |
| 18 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 20 szt. | 05909990812714 |
| 19 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991288457 |
| 20 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. | 05909991392055 |
| 21 | Alfuzosini hydrochloridum | Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 30 szt. (blister) | 05909990837816 |
| 22 | Amantadini hydrochloridum | Viregyt-K, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990320912 |
| 23 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg | 50 tabl. | 05909990373819 |
| 24 | Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum | Tialorid, tabl., 5+50 mg | 50 tabl. | 05909990206025 |
| 25 | Amiodaroni hydrochloridum | Opacorden, tabl. powł., 200 mg | 60 szt. | 05909990086818 |
| 26 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991322885 |
| 27 | Amlodipini besilas | ApoAmlo, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991322816 |
| 28 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990642267 |
| 29 | Amlodipinum | Adipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990642311 |
| 30 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991099022 |
| 31 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991067540 |
| 32 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991436636 |
| 33 | Amlodipinum | Agen 10, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 05909991302184 |
| 34 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991098926 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067533 |
| 36 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991295233 |
| 37 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991436759 |
| 38 | Amlodipinum | Agen 5, tabletki, 5 mg | 30 tabl. | 05909991295226 |
| 39 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008734 |
| 40 | Amlodipinum | Aldan, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909991008635 |
| 41 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991068073 |
| 42 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991068097 |
| 43 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991067977 |
| 44 | Amlodipinum | Alneta, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909991067991 |
| 45 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990800551 |
| 46 | Amlodipinum | Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990800469 |
| 47 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991392079 |
| 48 | Amlodipinum | Amlodipine Orion, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991392062 |
| 49 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990842698 |
| 50 | Amlodipinum | Amlomyl, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990842476 |
| 51 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991361020 |
| 52 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990048977 |
| 53 | Amlodipinum | Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991464462 |
| 54 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991361013 |
| 55 | Amlodipinum | Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990048939 |
| 56 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990799817 |
| 57 | Amlodipinum | Amlozek, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990799718 |
| 58 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990907519 |
| 59 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990907311 |
| 60 | Amlodipinum | Cardilopin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990907410 |
| 61 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990993116 |
| 62 | Amlodipinum | Normodipine, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990993017 |
| 63 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990963119 |
| 64 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990963010 |
| 65 | Amlodipinum | Tenox, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909990421824 |
| 66 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991283797 |
| 67 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042912 |
| 68 | Amlodipinum | Vilpin, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990621217 |
| 69 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg | 28 szt. | 05909991342920 |
| 70 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg | 28 szt. | 05909991342838 |
| 71 | Amlodipinum + Valsartanum | Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg | 28 szt. | 05909991342746 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg | 28 szt. | 05907626708288 |
| 73 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg | 56 szt. | 05907626709384 |
| 74 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg | 28 szt. | 05907626708257 |
| 75 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg | 56 szt. | 05907626709377 |
| 76 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg | 28 szt. | 05907626708226 |
| 77 | Amlodipinum + Valsartanum | Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg | 56 szt. | 05907626709360 |
| 78 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 05907626709339 |
| 79 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 07613421033347 |
| 80 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 07613421033330 |
| 81 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708610 |
| 82 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg | 28 szt. | 03838989708634 |
| 83 | Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg | 28 szt. | 03838989708627 |
| 84 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990861040 |
| 85 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991019396 |
| 86 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991124618 |
| 87 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05907695215137 |
| 88 | Atorvastatin | Atrox 10, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05907695215359 |
| 89 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991124717 |
| 90 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05907695215144 |
| 91 | Atorvastatin | Atrox 20, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05907695215366 |
| 92 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991124816 |
| 93 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05907695215151 |
| 94 | Atorvastatin | Atrox 40, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 05907695215373 |
| 95 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990787586 |
| 96 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990787609 |
| 97 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990787647 |
| 98 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990991815 |
| 99 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909990336647 |
| 100 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990991914 |
| 101 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909991013806 |
| 102 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909990419173 |
| 103 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909990885282 |
| 104 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 30 mg | 60 szt. | 05909990885299 |
| 105 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990623464 |
| 106 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05909990623471 |
| 107 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990623488 |
| 108 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909990885336 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 109 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990885374 |
| 110 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938926 |
| 111 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. (butelka) | 05909990938995 |
| 112 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991321710 |
| 113 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991321611 |
| 114 | Atorvastatinum | Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 05909991321659 |
| 115 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991382896 |
| 116 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991382902 |
| 117 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 07311920002252 |
| 118 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991382919 |
| 119 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909991382926 |
| 120 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 07311920002276 |
| 121 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 07311920002269 |
| 122 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg | 30 szt. | 05909991382933 |
| 123 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991382940 |
| 124 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990900053 |
| 125 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990899920 |
| 126 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. | 05909990899951 |
| 127 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909990899975 |
| 128 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990900275 |
| 129 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 60 szt. | 05909990900305 |
| 130 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 90 szt. | 05909990900336 |
| 131 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909990900459 |
| 132 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990077847 |
| 133 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990077939 |
| 134 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990078028 |
| 135 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991041298 |
| 136 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990573400 |
| 137 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990573530 |
| 138 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990573547 |
| 139 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990078141 |
| 140 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990078264 |
| 141 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990078356 |
| 142 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powł., 80 mg | 30 szt. | 05909991011383 |
| 143 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990905508 |
| 144 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990905638 |
| 145 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990905782 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 146 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 60 tabl. | 05909990905539 |
| 147 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990905553 |
| 148 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 60 tabl. | 05909990905652 |
| 149 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990905676 |
| 150 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 60 tabl. | 05909990905805 |
| 151 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990905867 |
| 152 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990078707 |
| 153 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991042097 |
| 154 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909991042103 |
| 155 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991415976 |
| 156 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909991042134 |
| 157 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991419042 |
| 158 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909991042141 |
| 159 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990338290 |
| 160 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990338368 |
| 161 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990338436 |
| 162 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 05909990338443 |
| 163 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powl., 80 mg | 30 tabl. | 05909990957071 |
| 164 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990053179 |
| 165 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990053230 |
| 166 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990053278 |
| 167 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 05909990810161 |
| 168 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 60 tabl. | 05909990810178 |
| 169 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 tabl. | 05909990810185 |
| 170 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 05909990810208 |
| 171 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990998814 |
| 172 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 05909990998821 |
| 173 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990998838 |
| 174 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 05909990998913 |
| 175 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 05909990998920 |
| 176 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 05909990998937 |
| 177 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991403911 |
| 178 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg | 60 szt. | 05909991403935 |
| 179 | Atorvastatinum calcicum trihydricum | Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991403997 |
| 180 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium | Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. a 180 daw. | 08025153008156 |
| 181 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 |
| 182 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909991245696 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|----------------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 183 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990118915 |
| 184 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990119011 |
| 185 | Benazeprili hydrochloridum | Lotensin, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990118816 |
| 186 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 10 ml | 05909990186525 |
| 187 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990186518 |
| 188 | Betaxololum | Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990925513 |
| 189 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991097066 |
| 190 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991097073 |
| 191 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991335663 |
| 192 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991335670 |
| 193 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990008469 |
| 194 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 butelka po 3 ml | 05909991310769 |
| 195 | Bimatoprostum | Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 05909991310776 |
| 196 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaro Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991376772 |
| 197 | Bimatoprostum + Timololum | Bimaro Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991376789 |
| 198 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991422356 |
| 199 | Bimatoprostum + Timololum | Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 05909991422363 |
| 200 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909990574315 |
| 201 | Bisoprolol fumarate | Corectin 10, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909991066529 |
| 202 | Bisoprolol fumarate | Corectin 5, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909991066420 |
| 203 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991152017 |
| 204 | Bisoprololi fumaras | Bisoprolol VP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991151911 |
| 205 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991015114 |
| 206 | Bisoprololi fumaras | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991015015 |
| 207 | Bisoprololi fumaras | Coronal 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990633852 |
| 208 | Bisoprololi fumaras | Coronal 5, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990633791 |
| 209 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991097523 |
| 210 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05909991097554 |
| 211 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991097400 |
| 212 | Bisoprololi fumaras | Sobycor, tabl. powł., 5 mg | 60 szt. | 05909991097448 |
| 213 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 60 tabl. | 05909991197049 |
| 214 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 90 tabl. | 05909991197056 |
| 215 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 60 tabl. | 05909991197070 |
| 216 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991197063 |
| 217 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powł., 10 mg | 60 tabl. | 05909990633869 |
| 218 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powł., 5 mg | 60 tabl. | 05909990633807 |
| 219 | Brimonidini tartras | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 05909990865024 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---------------------------------|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 220 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990874194 |
| 221 | Brimonidini tartras | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000900 |
| 222 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991379483 |
| 223 | Brimonidini tartras | Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991379490 |
| 224 | Brimonidini tartras | Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909990677733 |
| 225 | Brimonidini tartras | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05907553017897 |
| 226 | Brimonidini tartras + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990570546 |
| 227 | Brimonidinum | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 05909990974641 |
| 228 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990869114 |
| 229 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991250386 |
| 230 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991223571 |
| 231 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991223588 |
| 232 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 |
| 233 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 234 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 235 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 236 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 237 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 238 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 239 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 240 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 241 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 |
| 242 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 |
| 243 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 |
| 244 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 245 | Budesonidum | Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 246 | Budesonidum | Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 247 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 248 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 249 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg | 60 szt. | 05909990926213 |
| 250 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg | 60 szt. | 05909990926312 |
| 251 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 |
| 252 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 253 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 254 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |
| 255 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 256 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |

| 1p. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 257 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 258 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 259 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 260 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 261 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 |
| 262 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 |
| 263 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 264 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 07613421047047 |
| 265 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 266 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 |
| 267 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 |
| 268 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 269 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 270 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 271 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05000456011648 |
| 272 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 273 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 274 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990073603 |
| 275 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997201450 |
| 276 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909997213538 |
| 277 | Buspironi hydrochloridum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990073597 |
| 278 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991433109 |
| 279 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991466602 |
| 280 | Candesartanum cilexetili | Candepres, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991453398 |
| 281 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991453329 |
| 282 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991454883 |
| 283 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991455057 |
| 284 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909990937196 |
| 285 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991453336 |
| 286 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991454890 |
| 287 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991455064 |
| 288 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991453367 |
| 289 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991454777 |
| 290 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991455118 |
| 291 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 32 mg | 30 szt. | 05909991448912 |
| 292 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909990937103 |
| 293 | Candesartanum cilexetili | Carzap, tabletki, 32 mg | 30 szt. | 05909991438876 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|----------------------------------|-----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 294 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990962945 |
| 295 | Candesartanum cilexetili | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990962839 |
| 296 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990772193 |
| 297 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909991392475 |
| 298 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 16 mg | 56 szt. | 05909991392482 |
| 299 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909991395100 |
| 300 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990772162 |
| 301 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909991390242 |
| 302 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabl., 8 mg | 56 szt. | 05909991390259 |
| 303 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 28 szt. | 05909991389468 |
| 304 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 16 mg | 56 szt. | 05909991389475 |
| 305 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 32 mg | 28 szt. | 05909991389512 |
| 306 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 28 szt. | 05909991389420 |
| 307 | Candesartanum cilexetili | Karbis, tabletki, 8 mg | 56 szt. | 05909991389437 |
| 308 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 05909990801350 |
| 309 | Candesartanum cilexetili | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 05909990801367 |
| 310 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 30 szt. | 05909991450014 |
| 311 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991421649 |
| 312 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957279 |
| 313 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909991421656 |
| 314 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990957194 |
| 315 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432300 |
| 316 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991455361 |
| 317 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909991455378 |
| 318 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991432324 |
| 319 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991464011 |
| 320 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg | 30 szt. | 05909991436667 |
| 321 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991463908 |
| 322 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991428112 |
| 323 | Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 32+25 mg | 30 szt. | 05909991434977 |
| 324 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739653 |
| 325 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 szt. | 05909990739707 |
| 326 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990739592 |
| 327 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 28 tabl. | 05909990937172 |
| 328 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990937264 |
| 329 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 28 tabl. | 05909990937080 |
| 330 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 05909990772209 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|---------------------------------------|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 331 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 05909990772230 |
| 332 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 05909990772179 |
| 333 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800629 |
| 334 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991063702 |
| 335 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 05909991064051 |
| 336 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990800360 |
| 337 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957255 |
| 338 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909991415907 |
| 339 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990957170 |
| 340 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909991057596 |
| 341 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg | 28 szt. | 05909991058609 |
| 342 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865185 |
| 343 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865222 |
| 344 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg | 28 szt. | 05909990865260 |
| 345 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg | 56 szt. | 05909990865147 |
| 346 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865178 |
| 347 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136840 |
| 348 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 05909990865130 |
| 349 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 84 szt. | 05909991136833 |
| 350 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990570430 |
| 351 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990570409 |
| 352 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990570454 |
| 353 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990074099 |
| 354 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 25 mg | 30 szt. | 05909990074129 |
| 355 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powł., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990074051 |
| 356 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990727148 |
| 357 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990727193 |
| 358 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990727100 |
| 359 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909991017019 |
| 360 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991017118 |
| 361 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909991016814 |
| 362 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909991016913 |
| 363 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 05909990216505 |
| 364 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990216567 |
| 365 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 05909990216604 |
| 366 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 05909990983315 |
| 367 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687909 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 368 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687930 |
| 369 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687862 |
| 370 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687879 |
| 371 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990687886 |
| 372 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990687893 |
| 373 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 tabl. | 05909991139582 |
| 374 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 375 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 |
| 376 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |
| 377 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 |
| 378 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909990678648 |
| 379 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990678655 |
| 380 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 05909990678679 |
| 381 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. | 05909990066667 |
| 382 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990066780 |
| 383 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909990066803 |
| 384 | Ciprofibratum | Lipanor, kaps., 100 mg | 30 szt. | 05909990376612 |
| 385 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg | 30 szt. | 05909990135615 |
| 386 | Clonazepamum | Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990135516 |
| 387 | Clopidogrelum | Clopidogrelum VP, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990141012 |
| 388 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990754748 |
| 389 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991251949 |
| 390 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991397005 |
| 391 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991167011 |
| 392 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990625826 |
| 393 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990768141 |
| 394 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991029388 |
| 395 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990727667 |
| 396 | Clopidogrelum | Pegorel, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909990793730 |
| 397 | Clopidogrelum | Plavocorin, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990762729 |
| 398 | Clopidogrelum | Vixam, tabl. powl., 75 mg | 30 szt. | 05909990866533 |
| 399 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05901878600475 |
| 400 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05903792743382 |
| 401 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 05909991109219 |
| 402 | Cyanocobalaminum (vit. B12) | Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml | 5 amp.po 2 ml | 05909990244010 |
| 403 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991302108 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---------------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 404 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 10 szt. | 05909990641253 |
| 405 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 05909990641260 |
| 406 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909990887453 |
| 407 | Dabigatranum etexilatam | Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909990641222 |
| 408 | Denosumabum | Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml | 1 amp.-strz.po 1 ml | 05909990761647 |
| 409 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg | 2 fioł. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml | 05909990661671 |
| 410 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg | 1 fioł. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661688 |
| 411 | Dinatrii pamidronas | Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg | 1 fioł. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml | 05909990661695 |
| 412 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991024413 |
| 413 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909991024420 |
| 414 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg | 84 szt. | 05907695215380 |
| 415 | Donepezil hydrochloride | Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991024314 |
| 416 | Donepezili hydrochloridum | Apo-Doperil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990770038 |
| 417 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990689873 |
| 418 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991464141 |
| 419 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990689781 |
| 420 | Donepezili hydrochloridum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 30 szt. | 05909990851492 |
| 421 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990683666 |
| 422 | Donepezili hydrochloridum | Donectil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990683581 |
| 423 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991056018 |
| 424 | Donepezili hydrochloridum | Donepex, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991055912 |
| 425 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990814138 |
| 426 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990814077 |
| 427 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990877669 |
| 428 | Donepezili hydrochloridum | Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990877553 |
| 429 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990657360 |
| 430 | Donepezili hydrochloridum | Donesyn, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990657353 |
| 431 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991403560 |
| 432 | Donepezili hydrochloridum | Memorion, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991398842 |
| 433 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990798940 |
| 434 | Donepezili hydrochloridum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990798933 |
| 435 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991275778 |
| 436 | Donepezili hydrochloridum | Symepezil, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991275747 |
| 437 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 05909990850204 |
| 438 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 05909990850075 |
| 439 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990993314 |
| 440 | Donepezili hydrochloridum | Yasnal, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990993215 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--------------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 441 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990770045 |
| 442 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg | 98 szt. | 05902020661474 |
| 443 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 butelka 5 ml | 05909991344306 |
| 444 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki 5 ml | 05909991344313 |
| 445 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990942855 |
| 446 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05900257101015 |
| 447 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990643929 |
| 448 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000962 |
| 449 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990661329 |
| 450 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991310936 |
| 451 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991310943 |
| 452 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990442423 |
| 453 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 05909991340674 |
| 454 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 05909991340681 |
| 455 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909991067267 |
| 456 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05909991067274 |
| 457 | Dorzolamidum + Timololum | Ofidiorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 05909990866144 |
| 458 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990746705 |
| 459 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 05906414000955 |
| 460 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 05909991311049 |
| 461 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 05909991311056 |
| 462 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991305291 |
| 463 | Doxazosini mesilas | Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991305420 |
| 464 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909990901890 |
| 465 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909990902255 |
| 466 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 szt. | 05909990902293 |
| 467 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990969517 |
| 468 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990969616 |
| 469 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990969715 |
| 470 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 05909991271367 |
| 471 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990431410 |
| 472 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 05909990431519 |
| 473 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990854318 |
| 474 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990854417 |
| 475 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990854516 |
| 476 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990790951 |
| 477 | Doxazosinum | Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 05909990884582 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-----------------------|--|------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 478 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990484911 |
| 479 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909991276492 |
| 480 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990485017 |
| 481 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 szt. | 05908289660289 |
| 482 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 05909991276508 |
| 483 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990485116 |
| 484 | Doxazosinum | Doxar, tabletki, 4 mg | 28 tabl. | 05909991325626 |
| 485 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991288945 |
| 486 | Doxazosinum | Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990066797 |
| 487 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991149611 |
| 488 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991149710 |
| 489 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 05909991320737 |
| 490 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 05909991320751 |
| 491 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05901720140005 |
| 492 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05901720140012 |
| 493 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 05909990022571 |
| 494 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 05909991013820 |
| 495 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990491315 |
| 496 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990491414 |
| 497 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990903320 |
| 498 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990903429 |
| 499 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990903511 |
| 500 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. | 05909990080267 |
| 501 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990015030 |
| 502 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990015054 |
| 503 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990020836 |
| 504 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. | 05909990020829 |
| 505 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990014934 |
| 506 | Enalapriili maleas | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990014958 |
| 507 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990891429 |
| 508 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 509 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 510 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 511 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 512 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 513 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 514 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 515 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161164 |
| 516 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05906395161096 |
| 517 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05906395161010 |
| 518 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05906395161034 |
| 519 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05906395161058 |
| 520 | Enoxaparinum natriicum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05906395161072 |
| 521 | Ezetimibum | Esetin, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991388669 |
| 522 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402303 |
| 523 | Ezetimibum | Etibax, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991402310 |
| 524 | Ezetimibum | Ezehron, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991347161 |
| 525 | Ezetimibum | Ezen, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991096229 |
| 526 | Ezetimibum | Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414450 |
| 527 | Ezetimibum | Ezoleta, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991311407 |
| 528 | Ezetimibum | Ezolip, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991304416 |
| 529 | Ezetimibum | Lipegis, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909990996902 |
| 530 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991421601 |
| 531 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+20 mg | 30 szt. | 05909991421564 |
| 532 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Mizetam, tabl., 10+40 mg | 30 szt. | 05909991421526 |
| 533 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 05909990344918 |
| 534 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 05909990344819 |
| 535 | Fenofibrate | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990754496 |
| 536 | Fenofibratum | Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 05909990909414 |
| 537 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990754526 |
| 538 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. (3 blist.po 10) | 05909990713974 |
| 539 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 05909990611065 |
| 540 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990492114 |
| 541 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 30 szt. | 05907594032309 |
| 542 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 60 szt. | 05907594032408 |
| 543 | Fenofibratum | Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg | 90 szt. | 05907594032507 |
| 544 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 30 szt. | 05909991212339 |
| 545 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 60 szt. | 05907594031500 |
| 546 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg | 90 szt. | 05907594031609 |
| 547 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 30 szt. | 05909991201173 |
| 548 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 60 szt. | 05907594031708 |
| 549 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg | 90 szt. | 05907594031807 |
| 550 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 05909990109814 |
| 551 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. | 05909990687947 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 552 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 05909990492817 |
| 553 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg | 30 szt. | 05909990903917 |
| 554 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg | 30 szt. | 05909990431342 |
| 555 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 556 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 557 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 558 | Finasteridum | Adaster, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990711949 |
| 559 | Finasteridum | Adaster, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990711987 |
| 560 | Finasteridum | Androster, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990055470 |
| 561 | Finasteridum | Androster, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990906154 |
| 562 | Finasteridum | Antiprost, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990067770 |
| 563 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990048670 |
| 564 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990938797 |
| 565 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990713127 |
| 566 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991222673 |
| 567 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991282288 |
| 568 | Finasteridum | Finamef, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990713141 |
| 569 | Finasteridum | Finaran, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990082391 |
| 570 | Finasteridum | Finaster, tabl. powł., 5 mg | 120 szt. | 05909991207311 |
| 571 | Finasteridum | Finaster, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909991151218 |
| 572 | Finasteridum | Finaster, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909990811045 |
| 573 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990055098 |
| 574 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 120 tabl. | 05909991284053 |
| 575 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909991289430 |
| 576 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991096571 |
| 577 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991096601 |
| 578 | Finasteridum | Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990017973 |
| 579 | Finasteridum | Finxta, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990050895 |
| 580 | Finasteridum | Hyplafin, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990017997 |
| 581 | Finasteridum | Penester, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990077267 |
| 582 | Finasteridum | Penester, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 05909990077274 |
| 583 | Finasteridum | Proscar, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990362110 |
| 584 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990074105 |
| 585 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powł., 5 mg | 90 tabl. | 05909991107871 |
| 586 | Finasteridum | Uronezyr, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991088842 |
| 587 | Finasteridum | Zasterid, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991053710 |
| 588 | Fluconazolium | Candifluc/Fluconazolium Aflofam, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991257804 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 589 | Fluconazolum | Fluconazin, syrop, 5 mg/ml | 1 but.po 150 ml | 05909991097219 |
| 590 | Fluconazolum | Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml | 1 but. 150 ml | 05909991273798 |
| 591 | Fluconazolum | Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml | 150 ml (but.) | 05909990859511 |
| 592 | Fludrocortisonum | Cortineff, tabl., 100 µg | 20 szt. | 05904374007885 |
| 593 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909991065515 |
| 594 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990372317 |
| 595 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 05909990776955 |
| 596 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990770311 |
| 597 | Fluoxetinum | Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg | 30 tabl. | 05909991317621 |
| 598 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. | 05909990742509 |
| 599 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powł., 10 mg | 100 szt. | 05909990374328 |
| 600 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990374311 |
| 601 | Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum | Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+52+22 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 30 dawek | 05909991350635 |
| 602 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 |
| 603 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 |
| 604 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 |
| 605 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 |
| 606 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 |
| 607 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 |
| 608 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 |
| 609 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 |
| 610 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 |
| 611 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 |
| 612 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 |
| 613 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 |
| 614 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 |
| 615 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 616 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 617 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 |
| 618 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 |
| 619 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |
| 620 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 |
| 621 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 622 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 |
| 623 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 624 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 |
| 625 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--------------------------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 626 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 627 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 |
| 628 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 |
| 629 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 |
| 630 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 631 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 632 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 633 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 |
| 634 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 |
| 635 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 |
| 636 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 637 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 638 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 639 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 640 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 641 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 |
| 642 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 |
| 643 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 |
| 644 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 645 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 646 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 647 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 648 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 649 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 kaps. | 05909990938001 |
| 650 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 kaps. | 05909990938025 |
| 651 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909991431211 |
| 652 | Fluvoxamini maleas | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991431167 |
| 653 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 05909990347827 |
| 654 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909990347728 |
| 655 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990792924 |
| 656 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 |
| 657 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 658 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 |
| 659 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 |
| 660 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 |
| 661 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 |
| 662 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 663 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Fomoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 664 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 665 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 666 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 |
| 667 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 668 | Furazidinum | Furaginum Adamed, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990357215 |
| 669 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991373238 |
| 670 | Furazidinum | Furaginum Teva, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990988235 |
| 671 | Furazidinum | Furazek, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991304102 |
| 672 | Furosemidum | Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg | 30 szt. (3 x 10) | 05909990223794 |
| 673 | Furosemidum | Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg | 30 szt. | 05909990135028 |
| 674 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909991331108 |
| 675 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991331153 |
| 676 | Gabapentinum | Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909991331207 |
| 677 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990339495 |
| 678 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990339709 |
| 679 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909991425340 |
| 680 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990339600 |
| 681 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909990338542 |
| 682 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909990338658 |
| 683 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. | 05909990769216 |
| 684 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. | 05909990769315 |
| 685 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. | 05909990769414 |
| 686 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. | 05909991017422 |
| 687 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. | 05909991017521 |
| 688 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990092413 |
| 689 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991267155 |
| 690 | Gliclazidum | Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267162 |
| 691 | Gliclazidum | Diabrezide, tabl., 80 mg | 40 szt. | 05909990359912 |
| 692 | Gliclazidum | Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991216023 |
| 693 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990443017 |
| 694 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. | 05909990911127 |
| 695 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909990647224 |
| 696 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 05909990647231 |
| 697 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991056100 |
| 698 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991056131 |
| 699 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 szt. | 05909991267230 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 700 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 60 tabl. | 05909991004002 |
| 701 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 90 tabl. | 05909991004026 |
| 702 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991256548 |
| 703 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991263171 |
| 704 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991226299 |
| 705 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 05909991226305 |
| 706 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 05909991267186 |
| 707 | Gliclazidum | Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991267193 |
| 708 | Gliclazidum | Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 05909991291648 |
| 709 | Gliclazidum | Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 05909991257408 |
| 710 | Gliclazidum | Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 05909991257392 |
| 711 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990744817 |
| 712 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990744916 |
| 713 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990745012 |
| 714 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990745111 |
| 715 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990566082 |
| 716 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990566105 |
| 717 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990566129 |
| 718 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990566143 |
| 719 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909991097615 |
| 720 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991097516 |
| 721 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991097417 |
| 722 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991097318 |
| 723 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337453 |
| 724 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990337521 |
| 725 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338078 |
| 726 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338146 |
| 727 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990338207 |
| 728 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909991365790 |
| 729 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909991365868 |
| 730 | Glimepiridum | Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909991365936 |
| 731 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 1 mg | 30 szt. | 05909990570348 |
| 732 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990570355 |
| 733 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 3 mg | 30 szt. | 05909990570362 |
| 734 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990573196 |
| 735 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 6 mg | 30 szt. | 05909990570379 |
| 736 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990791712 |

| 1p. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|---|-------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 737 | Glucagoni hydrochloridum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 05909990693313 |
| 738 | Glyceroli trinitras | Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg | 30 szt. | 05909990183036 |
| 739 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30 kaps. + 1 inhalator | 05909991000882 |
| 740 | Hydrocortisoni acetatas | Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g | 1 tuba po 15 g | 05909990950317 |
| 741 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 05909991080921 |
| 742 | Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian | Energair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg | 30 szt. (30 x 1) | 07613421044596 |
| 743 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg | 30 szt. | 07613421045531 |
| 744 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg | 30 szt. | 07613421045548 |
| 745 | Indakaterol + Mometazonu furoinian | Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg | 30 szt. | 07613421045524 |
| 746 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990975815 |
| 747 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909991276621 |
| 748 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990799398 |
| 749 | Indapamidum | Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990644933 |
| 750 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990665907 |
| 751 | Indapamidum | Indapen, tabl. powł., 2,5 mg | 20 szt. | 05909990863013 |
| 752 | Indapamidum | Indapres, tabl. powł., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990223121 |
| 753 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909991025014 |
| 754 | Indapamidum | Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 90 tabl. | 05908289660401 |
| 755 | Indapamidum | Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990012688 |
| 756 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990770182 |
| 757 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990424801 |
| 758 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. | 05909990424849 |
| 759 | Indapamidum | Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 05909990734993 |
| 760 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990738212 |
| 761 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg | 30 szt. | 05909991092566 |
| 762 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg | 30 szt. | 05909991092597 |
| 763 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 764 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 765 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 |
| 766 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 767 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 768 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 769 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 770 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 |
| 771 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 |
| 772 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 773 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 774 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 775 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkładów po 3 ml | 05909990895717 |
| 776 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 777 | Insulinum glarginum | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 778 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 779 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 780 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 |
| 781 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 782 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 |
| 783 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 784 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 |
| 785 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 786 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 |
| 787 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 788 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 |
| 789 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 790 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 |
| 791 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |
| 792 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 793 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 794 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 795 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 796 | Insulinum humanum | Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 |
| 797 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 |
| 798 | Insulinum humanum | Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 |
| 799 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 800 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 801 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 802 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 803 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 804 | Insulinum humanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 805 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 806 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 807 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 808 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 809 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 810 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|------------------------------------|--|---------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 811 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 812 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 813 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 |
| 814 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 815 | Ipratropii bromidum | Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 816 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 817 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |
| 818 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg | 28 szt. | 05909991334178 |
| 819 | Irbesartanum | Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg | 28 szt. | 05909991334208 |
| 820 | Kalii chloridum | Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg | 60 szt. | 05909990257539 |
| 821 | Kalii citras + Kalii hydrocarbonas | Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g | 20 sasz.po 3 g | 05909990269310 |
| 822 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909991134907 |
| 823 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 2 mg | 56 szt. | 05907695215205 |
| 824 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909991134938 |
| 825 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 4 mg | 56 szt. | 05907695215212 |
| 826 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909991134969 |
| 827 | Lacidipine | Lapixen, tabl. powł., 6 mg | 56 szt. | 05907695215229 |
| 828 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909990650521 |
| 829 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909990650620 |
| 830 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909990625697 |
| 831 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powł., 4 mg | 28 szt. | 05909991105563 |
| 832 | Lacidipinum | Lacydyna, tabl. powł., 6 mg | 28 szt. | 05909991105549 |
| 833 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990995479 |
| 834 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991189792 |
| 835 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990813582 |
| 836 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990931873 |
| 837 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991019693 |
| 838 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991019709 |
| 839 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 05909991102883 |
| 840 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 05909991102890 |
| 841 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990841448 |
| 842 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05900411001298 |
| 843 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05903546007524 |
| 844 | Latanoprostum | Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05903546007531 |
| 845 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909990411825 |
| 846 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 05909990411818 |
| 847 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 05909991220365 |

| 1p. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---------------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 848 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 05909991220396 |
| 849 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909990741311 |
| 850 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060601673 |
| 851 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991429249 |
| 852 | Latanoprostum + Timololum | Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05909991429256 |
| 853 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990879687 |
| 854 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05906414000948 |
| 855 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 05909991306649 |
| 856 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 05909990946587 |
| 857 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 05909991057213 |
| 858 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05415062343609 |
| 859 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990894543 |
| 860 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 05903060606630 |
| 861 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 05909990977826 |
| 862 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05901878600482 |
| 863 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05903792743399 |
| 864 | Leflunomidum | Arava, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. (but.) | 05909990977925 |
| 865 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg | 30 szt. | 05909991309138 |
| 866 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 05909991309145 |
| 867 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 04037353010604 |
| 868 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 04037353015388 |
| 869 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 04037353010628 |
| 870 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990858651 |
| 871 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991416683 |
| 872 | Leflunomidum | Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991416720 |
| 873 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990095018 |
| 874 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg | 100 szt. | 05909990748723 |
| 875 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095117 |
| 876 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990094912 |
| 877 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg | 100 szt. | 05909990748624 |
| 878 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990377510 |
| 879 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, kaps., 200+50 mg | 100 szt. | 05909990095216 |
| 880 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. | 05909990175314 |
| 881 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. | 05909990175215 |
| 882 | Levodopum + Carbidopum | Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg | 100 szt. | 05909990020416 |
| 883 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 |
| 884 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 885 | Levothyroxinum natriicum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 |
| 886 | Levothyroxinum natriicum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 |
| 887 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 |
| 888 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 |
| 889 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 |
| 890 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 |
| 891 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 |
| 892 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 |
| 893 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 |
| 894 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 |
| 895 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 |
| 896 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 |
| 897 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 |
| 898 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 |
| 899 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 |
| 900 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 |
| 901 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 |
| 902 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 |
| 903 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 |
| 904 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 |
| 905 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 |
| 906 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 |
| 907 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 |
| 908 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 |
| 909 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991013417 |
| 910 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991013516 |
| 911 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991357337 |
| 912 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909991365691 |
| 913 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 05909991266608 |
| 914 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991013318 |
| 915 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990939817 |
| 916 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990939916 |
| 917 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg | 28 szt. | 05909991392697 |
| 918 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990939718 |
| 919 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990682447 |
| 920 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990682461 |
| 921 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990682409 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 922 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133122 |
| 923 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991133023 |
| 924 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991132927 |
| 925 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990701803 |
| 926 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 05909990761685 |
| 927 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 05909990970520 |
| 928 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708352 |
| 929 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 05909990708369 |
| 930 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 05909991167714 |
| 931 | Loperamidi hydrochloridum | Loperamid WZF, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990038220 |
| 932 | Losartan potassium | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991055110 |
| 933 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990674411 |
| 934 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg | 28 tabl. | 05909991297060 |
| 935 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg | 28 tabl. | 05909991296940 |
| 936 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990433612 |
| 937 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg | 28 tabl. | 05909990810796 |
| 938 | Losartanum kalicum | Cozaar, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909991073428 |
| 939 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990638659 |
| 940 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990818914 |
| 941 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990649112 |
| 942 | Losartanum kalicum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990649129 |
| 943 | Losartanum kalicum | Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990956654 |
| 944 | Losartanum kalicum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 05909990621439 |
| 945 | Losartanum kalicum | Lozap 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990573905 |
| 946 | Losartanum kalicum | Presartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990724345 |
| 947 | Losartanum kalicum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909990481118 |
| 948 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+10 mg | 30 szt. | 05909991105853 |
| 949 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+5 mg | 30 szt. | 05909991105785 |
| 950 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 30 szt. | 05909991105723 |
| 951 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 60 szt. | 05909991105747 |
| 952 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 90 szt. | 05909991105761 |
| 953 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 30 szt. | 05909991105655 |
| 954 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 60 szt. | 05909991105679 |
| 955 | Losartanum kalicum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 90 szt. | 05909991105693 |
| 956 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990970513 |
| 957 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 05909990337392 |
| 958 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 05909990686339 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 959 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 05909990686360 |
| 960 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990645565 |
| 961 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg | 28 szt. | 05909990816484 |
| 962 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990611980 |
| 963 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg | 30 szt. | 05909990721894 |
| 964 | Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg | 30 szt. | 05909990721641 |
| 965 | Lovastatin | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 05909990842315 |
| 966 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990422159 |
| 967 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991083816 |
| 968 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 05909991084011 |
| 969 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991083915 |
| 970 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991084110 |
| 971 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 14 szt. | 05907529109908 |
| 972 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 05907529110003 |
| 973 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 28 szt. | 05907529110010 |
| 974 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05907529110027 |
| 975 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 05909991074012 |
| 976 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05907529109809 |
| 977 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990656813 |
| 978 | Mesalazinum | Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 50 sasz.po 2 g granulatu | 05909990855315 |
| 979 | Mesalazinum | Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sasz. | 05909990974184 |
| 980 | Mesalazinum | Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sasz. | 05909991273989 |
| 981 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 05909990974375 |
| 982 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. | 05909990662111 |
| 983 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 05909991433857 |
| 984 | Mesalazinum | Salaza, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909991448554 |
| 985 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 1000 mg | 100 szt. | 05909991449964 |
| 986 | Mesalazinum | Salaza, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909991418847 |
| 987 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 05909990806430 |
| 988 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. | 05909990422227 |
| 989 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990400119 |
| 990 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991395322 |
| 991 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991395339 |
| 992 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991395278 |
| 993 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991395247 |
| 994 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991395254 |
| 995 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991395261 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 996 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991395285 |
| 997 | Metformini hydrochloridum | Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991395292 |
| 998 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990765423 |
| 999 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990765430 |
| 1000 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05903792661600 |
| 1001 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990765379 |
| 1002 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909990765386 |
| 1003 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05903792661563 |
| 1004 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990765393 |
| 1005 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990765409 |
| 1006 | Metformini hydrochloridum | Avamina, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. | 05903792661587 |
| 1007 | Metformini hydrochloridum | Etfom 500, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698141 |
| 1008 | Metformini hydrochloridum | Etfom 500, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698172 |
| 1009 | Metformini hydrochloridum | Etfom 850, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 05909990698257 |
| 1010 | Metformini hydrochloridum | Etfom 850, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990698271 |
| 1011 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 07613421049331 |
| 1012 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 07613421049317 |
| 1013 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 07613421049324 |
| 1014 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 07613421049270 |
| 1015 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 07613421049256 |
| 1016 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 07613421049263 |
| 1017 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 07613421049300 |
| 1018 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 07613421049287 |
| 1019 | Metformini hydrochloridum | Etfom SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 07613421049294 |
| 1020 | Metformini hydrochloridum | Etfom, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991352417 |
| 1021 | Metformini hydrochloridum | Etfom, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991352400 |
| 1022 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05903060614444 |
| 1023 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990078974 |
| 1024 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990078981 |
| 1025 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909990078998 |
| 1026 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 120 szt. | 05903060614406 |
| 1027 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990078943 |
| 1028 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909990078950 |
| 1029 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05909990078967 |
| 1030 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 120 szt. | 05903060614420 |
| 1031 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990079001 |
| 1032 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990079025 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1033 | Metformini hydrochloridum | Formetic, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 05909990079032 |
| 1034 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990717248 |
| 1035 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909990789276 |
| 1036 | Metformini hydrochloridum | Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909990789290 |
| 1037 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909990864461 |
| 1038 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990624751 |
| 1039 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990624768 |
| 1040 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909990213429 |
| 1041 | Metformini hydrochloridum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990213436 |
| 1042 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991415686 |
| 1043 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991415693 |
| 1044 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991415624 |
| 1045 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991415631 |
| 1046 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909991415648 |
| 1047 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991415655 |
| 1048 | Metformini hydrochloridum | Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991415662 |
| 1049 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909991415365 |
| 1050 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991415372 |
| 1051 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909991415389 |
| 1052 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 30 szt. | 05909991415303 |
| 1053 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 60 szt. | 05909991415310 |
| 1054 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 500 mg | 90 szt. | 05909991415327 |
| 1055 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 30 szt. | 05909991415334 |
| 1056 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909991415341 |
| 1057 | Metformini hydrochloridum | Metcrean, tabl. powł., 850 mg | 90 szt. | 05909991415358 |
| 1058 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991252069 |
| 1059 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 120 szt. | 05909991425845 |
| 1060 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 30 szt. | 05909990053056 |
| 1061 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909990933181 |
| 1062 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 60 szt. | 05909991425821 |
| 1063 | Metformini hydrochloridum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 90 szt. | 05909991425838 |
| 1064 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 05909990126316 |
| 1065 | Metformini hydrochloridum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 05909990935253 |
| 1066 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 05909990450718 |
| 1067 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 05909990935260 |
| 1068 | Metformini hydrochloridum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 05909990935277 |
| 1069 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991404918 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1070 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991404925 |
| 1071 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909990652112 |
| 1072 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909990933167 |
| 1073 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 05909990933174 |
| 1074 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991404895 |
| 1075 | Metformini hydrochloridum | Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991404901 |
| 1076 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990705894 |
| 1077 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990705474 |
| 1078 | Metformini hydrochloridum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990705726 |
| 1079 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 05909990221028 |
| 1080 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 05909990220984 |
| 1081 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 05909990220991 |
| 1082 | Metformini hydrochloridum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. | 05909990221004 |
| 1083 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 05909990457236 |
| 1084 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 05909990457212 |
| 1085 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. | 05909990457229 |
| 1086 | Metformini hydrochloridum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. | 04013054024331 |
| 1087 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. | 05909990457335 |
| 1088 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 05909990457311 |
| 1089 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 05909990457328 |
| 1090 | Metformini hydrochloridum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 04013054024348 |
| 1091 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 120 szt. | 05909991394585 |
| 1092 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991394554 |
| 1093 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 120 szt. | 05909991394462 |
| 1094 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991394431 |
| 1095 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 120 szt. | 05909991394516 |
| 1096 | Metformini hydrochloridum | Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991394486 |
| 1097 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991271756 |
| 1098 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991271763 |
| 1099 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991271695 |
| 1100 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991271701 |
| 1101 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. | 05909991271732 |
| 1102 | Metformini hydrochloridum | Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991271749 |
| 1103 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 30 szt. | 05909991453558 |
| 1104 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 05909991453572 |
| 1105 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 05909991453497 |
| 1106 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 05909991453473 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|--|-------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1107 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 30 szt | 05909991453510 |
| 1108 | Metformini hydrochloridum | Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. | 05909991453534 |
| 1109 | Metforminum | Glucophage, tabl. powł., 850 mg | 60 szt. | 05909990789306 |
| 1110 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg | 90 tabl. | 05909990933198 |
| 1111 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 05907626701852 |
| 1112 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 05907626701869 |
| 1113 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05907626701920 |
| 1114 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 05907626702040 |
| 1115 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 05909990735242 |
| 1116 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 05909990735273 |
| 1117 | Methodretaxatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 05909990735303 |
| 1118 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 05909990791286 |
| 1119 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990791347 |
| 1120 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 05909990922741 |
| 1121 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990791392 |
| 1122 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 05909990922758 |
| 1123 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990791477 |
| 1124 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 05909990922765 |
| 1125 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 05909990791521 |
| 1126 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 05909990922772 |
| 1127 | Methodretaxatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990928125 |
| 1128 | Methodretaxatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346867 |
| 1129 | Methodretaxatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346928 |
| 1130 | Methodretaxatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991346980 |
| 1131 | Methodretaxatum | Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg | 8 wstrzykiwaczy | 05909991347048 |
| 1132 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730881 |
| 1133 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730911 |
| 1134 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 05055565730959 |
| 1135 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730966 |
| 1136 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 05055565731000 |
| 1137 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731024 |
| 1138 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 05055565731062 |
| 1139 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731079 |
| 1140 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731116 |
| 1141 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730898 |
| 1142 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730928 |
| 1143 | Methodretaxatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730973 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1144 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731031 |
| 1145 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731086 |
| 1146 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731123 |
| 1147 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 05055565730904 |
| 1148 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 05055565730935 |
| 1149 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 05055565730980 |
| 1150 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 05055565731048 |
| 1151 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 05055565731093 |
| 1152 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 05055565731130 |
| 1153 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252724 |
| 1154 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252762 |
| 1155 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252809 |
| 1156 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252847 |
| 1157 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252885 |
| 1158 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 05909991252700 |
| 1159 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 1160 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 1161 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991120948 |
| 1162 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909991121051 |
| 1163 | Mianserini hydrochloridum | Deprexolet, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991379391 |
| 1164 | Mianserini hydrochloridum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 03830044949655 |
| 1165 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990883813 |
| 1166 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 05909990764242 |
| 1167 | Mianserini hydrochloridum | Miansegen, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 05909991064525 |
| 1168 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 tabl. | 05909991120962 |
| 1169 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157716 |
| 1170 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 05909990157822 |
| 1171 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 05909991124311 |
| 1172 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909990796618 |
| 1173 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909990796625 |
| 1174 | Moclobemidum | Auronix, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990094813 |
| 1175 | Moclobemidum | Mobemid, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990966813 |
| 1176 | Moclobemidum | Moklar, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 05909990953714 |
| 1177 | Mometasoni furoas | Elitasone, maść, 1 mg/g | 50 g | 05906071039657 |
| 1178 | Mometasoni furoas | Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g | 50 g | 05909991097059 |
| 1179 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 100 g | 05909991236199 |
| 1180 | Mometasoni furoas | Momecutan, maść, 1 mg/g | 50 g | 05909991137441 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|----------------------------|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1181 | Mometasoni furoas | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 100 ml | 05909991296384 |
| 1182 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 poj.po 60 daw. | 05909991106638 |
| 1183 | Mometasonum | Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g | 50 ml | 05909991087982 |
| 1184 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 1185 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 1186 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 1187 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 1188 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 |
| 1189 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 1190 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 1191 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 |
| 1192 | Natrii risedronas | Risendros 35, tabl. powł., 35 mg | 4 szt. | 05909990082599 |
| 1193 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909991369569 |
| 1194 | Nebivololi hydrochloridum | Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991369552 |
| 1195 | Nebivololum | Daneb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990750290 |
| 1196 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990662425 |
| 1197 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990662456 |
| 1198 | Nebivololum | Ivineb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990805495 |
| 1199 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991390358 |
| 1200 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 10 mg | 56 szt. | 05909991390372 |
| 1201 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990685189 |
| 1202 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05909990685202 |
| 1203 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990689774 |
| 1204 | Nebivololum | Nebilet, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990670185 |
| 1205 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990648719 |
| 1206 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990673865 |
| 1207 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653300 |
| 1208 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 05907626703597 |
| 1209 | Nebivololum | Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991357047 |
| 1210 | Nebivololum | Nebivolol Krka, tabl., 5 mg | 30 szt. | 03838989716172 |
| 1211 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641000 |
| 1212 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990640997 |
| 1213 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990642809 |
| 1214 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład 30 dawek + 1 inh. | 05909991257439 |
| 1215 | Olodaterolum + Tiotropium | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | wkład uzupełniający 30 dawek | 05909991432034 |
| 1216 | Oxybutynini hydrochloridum | Ditropan, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991290887 |
| 1217 | Oxybutynini hydrochloridum | Driptane, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990783816 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------------------------|---|----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1218 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 05909990940769 |
| 1219 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 05909990941247 |
| 1220 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 05909990941407 |
| 1221 | Oxycodoni hydrochloridum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 05909990941568 |
| 1222 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990643943 |
| 1223 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990644001 |
| 1224 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990644025 |
| 1225 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990643905 |
| 1226 | Oxycodoni hydrochloridum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990644049 |
| 1227 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 05909990839643 |
| 1228 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 05909990839780 |
| 1229 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 05909990840038 |
| 1230 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 05909990839469 |
| 1231 | Oxycodoni hydrochloridum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 05909990840182 |
| 1232 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 05909991184827 |
| 1233 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 05909991184865 |
| 1234 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 05909991184902 |
| 1235 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 05909991184742 |
| 1236 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 05909991184940 |
| 1237 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. | 05909990047109 |
| 1238 | Paroxetinum | ParoGen, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 05909990425877 |
| 1239 | Paroxetinum | ParoGen, tabl. powł., 20 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 05909990425884 |
| 1240 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 30 tabl. | 05909991323615 |
| 1241 | Paroxetinum | Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 60 tabl. | 05909991323646 |
| 1242 | Paroxetinum | Paroxetine Vitama, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990655724 |
| 1243 | Paroxetinum | Paroxinor, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990798346 |
| 1244 | Paroxetinum | Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990010189 |
| 1245 | Paroxetinum | Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990010202 |
| 1246 | Paroxetinum | Rexetin, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991006310 |
| 1247 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990570515 |
| 1248 | Perindopriili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909991137571 |
| 1249 | Perindopriili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909991137526 |
| 1250 | Perindopriili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909991137472 |
| 1251 | Perindopriili tosilas + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909991137212 |
| 1252 | Perindopriili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909991316600 |
| 1253 | Perindopriili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg | 30 szt. | 05909991050290 |
| 1254 | Perindopriili tosilas + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909991050344 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1255 | Perindoprilum | Prelessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 x 30 szt.) | 05909990569311 |
| 1256 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 90 tabl. | 05909990908189 |
| 1257 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 90 tabl. | 05909990908158 |
| 1258 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 90 tabl. | 05909990908264 |
| 1259 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 tabl. | 05909990908233 |
| 1260 | Perindoprilum argininum | Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990336081 |
| 1261 | Perindoprilum argininum | Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990337774 |
| 1262 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 05909990669400 |
| 1263 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 05909990669332 |
| 1264 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 05909990669387 |
| 1265 | Perindoprilum argininum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 05909990669301 |
| 1266 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990707782 |
| 1267 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055029 |
| 1268 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg | 30 szt. | 05909990715206 |
| 1269 | Perindoprilum argininum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg | 30 szt. | 05909990055678 |
| 1270 | Phenobarbitalum | Luminalum Unia, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990812615 |
| 1271 | Phenobarbitalum | Luminalum, tabl., 100 mg | 10 szt. | 05909990260614 |
| 1272 | Phenytoinum | Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 05909990093519 |
| 1273 | Pilocarpini hydrochloridum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 05909990237524 |
| 1274 | Piribedilum | Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 05909990846320 |
| 1275 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg | 21 szt. | 05909991238773 |
| 1276 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg | 30 szt. | 05909991238582 |
| 1277 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg | 30 szt. | 05909991238629 |
| 1278 | Pramipexolum | Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg | 30 szt. | 05909991238667 |
| 1279 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 szt. | 05909990009350 |
| 1280 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05903792743252 |
| 1281 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 szt. | 05909990009367 |
| 1282 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 szt. | 05909990009282 |
| 1283 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 szt. | 05909990009299 |
| 1284 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 szt. | 05901878600550 |
| 1285 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 szt. | 05901878600543 |
| 1286 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg | 60 szt. | 05909991378295 |
| 1287 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg | 60 szt. | 05909991378356 |
| 1288 | Pregabalinum | Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg | 60 szt. | 05909991378226 |
| 1289 | Pregabalinum | Preato, tabl., 100 mg | 56 szt. | 05909991400460 |
| 1290 | Pregabalinum | Preato, tabl., 150 mg | 56 szt. | 05909991400477 |
| 1291 | Pregabalinum | Preato, tabl., 200 mg | 56 szt. | 05909991400484 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-----------------------------|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1292 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991421236 |
| 1293 | Pregabalinum | Preato, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991400453 |
| 1294 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg | 70 szt. | 05907626705072 |
| 1295 | Pregabalinum | Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg | 70 szt. | 05907626704839 |
| 1296 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg | 50 szt. | 05909991033590 |
| 1297 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. | 05909990112111 |
| 1298 | Propranololi hydrochloridum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. | 05909990112210 |
| 1299 | Propranololum | Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg | 50 tabl. | 05909991033507 |
| 1300 | Pyridostigmini bromidum | Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg | 150 szt. | 05909991014421 |
| 1301 | Quinapril | Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991165710 |
| 1302 | Quinaprilum | Accupro 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990707010 |
| 1303 | Quinaprilum | Accupro 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990707119 |
| 1304 | Quinaprilum | Accupro 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991080129 |
| 1305 | Quinaprilum | Accupro 5, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990706914 |
| 1306 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991125516 |
| 1307 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991125615 |
| 1308 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990953882 |
| 1309 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909991125417 |
| 1310 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990571468 |
| 1311 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340766 |
| 1312 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909990571475 |
| 1313 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991308971 |
| 1314 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990571499 |
| 1315 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990571505 |
| 1316 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990653379 |
| 1317 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990653355 |
| 1318 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990653362 |
| 1319 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990337989 |
| 1320 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990337958 |
| 1321 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990337972 |
| 1322 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990661756 |
| 1323 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991344603 |
| 1324 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 05909991369910 |
| 1325 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990212170 |
| 1326 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990212248 |
| 1327 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg | 30 szt. | 05909991369903 |
| 1328 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694655 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------|------------------------------------|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1329 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990694631 |
| 1330 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990924653 |
| 1331 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990924608 |
| 1332 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990924646 |
| 1333 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991093334 |
| 1334 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg | 28 szt. | 05909991093280 |
| 1335 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991093303 |
| 1336 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909991326012 |
| 1337 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909991325893 |
| 1338 | Ramiprilum | Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909991325954 |
| 1339 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991316655 |
| 1340 | Ramiprilum | Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991316464 |
| 1341 | Ramiprilum | Ramistad 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990017461 |
| 1342 | Ramiprilum | Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990017447 |
| 1343 | Ramiprilum | Ramistad 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990017454 |
| 1344 | Ramiprilum | Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. | 05909990047987 |
| 1345 | Ramiprilum | Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg | 28 szt. | 05909990047949 |
| 1346 | Ramiprilum | Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. | 05909990047963 |
| 1347 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990916016 |
| 1348 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991401566 |
| 1349 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991402006 |
| 1350 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991411640 |
| 1351 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991414153 |
| 1352 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427153 |
| 1353 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447540 |
| 1354 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991463403 |
| 1355 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 05909990478217 |
| 1356 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909990478316 |
| 1357 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991427276 |
| 1358 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991447939 |
| 1359 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909991461973 |
| 1360 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 05909990610532 |
| 1361 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 05909991004392 |
| 1362 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. | 05909990610440 |
| 1363 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 90 szt. | 05909991004378 |
| 1364 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991427252 |
| 1365 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991447953 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1366 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. | 05909991461959 |
| 1367 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990610495 |
| 1368 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 05909991004385 |
| 1369 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909990936885 |
| 1370 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909990936854 |
| 1371 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909990936809 |
| 1372 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909990936779 |
| 1373 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05909991142759 |
| 1374 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 05909991142728 |
| 1375 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05909991142636 |
| 1376 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 05909991142643 |
| 1377 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05909991142681 |
| 1378 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 05909991142674 |
| 1379 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05909991142520 |
| 1380 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 05909991142513 |
| 1381 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05903060611542 |
| 1382 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05903060611504 |
| 1383 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05903060611467 |
| 1384 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05903060611429 |
| 1385 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 05907626709520 |
| 1386 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 05907626709513 |
| 1387 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 05907626709506 |
| 1388 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 05907626709490 |
| 1389 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg | 28 szt. | 05909990973118 |
| 1390 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg | 28 szt. | 05909990973217 |
| 1391 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. | 05909990573233 |
| 1392 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. | 05909990573226 |
| 1393 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. | 05909990885312 |
| 1394 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. | 05909990885411 |
| 1395 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 15 mg | 14 szt. | 05909990910601 |
| 1396 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 15 mg | 42 szt. | 05909990910663 |
| 1397 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powł., 20 mg | 14 szt. | 05909990910700 |
| 1398 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl., 10 mg | 10 szt. | 05909990658145 |
| 1399 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078386 |
| 1400 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078454 |
| 1401 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991421762 |
| 1402 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991439415 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1403 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h | 30 sas. | 05909991032609 |
| 1404 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h | 30 sas. | 05909990066704 |
| 1405 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h | 30 sas. | 05909990066766 |
| 1406 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990700646 |
| 1407 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990700684 |
| 1408 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990700707 |
| 1409 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700738 |
| 1410 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700752 |
| 1411 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990700790 |
| 1412 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990700844 |
| 1413 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990700660 |
| 1414 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 05909990700691 |
| 1415 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 05909990700721 |
| 1416 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990700745 |
| 1417 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990700769 |
| 1418 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 05909990700806 |
| 1419 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 05909990700851 |
| 1420 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990782048 |
| 1421 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 56 szt. | 05909990782055 |
| 1422 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990782079 |
| 1423 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990782086 |
| 1424 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990782147 |
| 1425 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990782154 |
| 1426 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990782178 |
| 1427 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990782185 |
| 1428 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990816255 |
| 1429 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990816262 |
| 1430 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990816279 |
| 1431 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990816286 |
| 1432 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990816293 |
| 1433 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 05909990982981 |
| 1434 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990983162 |
| 1435 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990983179 |
| 1436 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 05909990983308 |
| 1437 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990983322 |
| 1438 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 05909990983506 |
| 1439 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990983544 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1440 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 05909990778935 |
| 1441 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 05909990778942 |
| 1442 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 05909990778973 |
| 1443 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 05909990779000 |
| 1444 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 05909991078294 |
| 1445 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991078348 |
| 1446 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h | 30 szt. | 05909991067595 |
| 1447 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 05909991067632 |
| 1448 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990877683 |
| 1449 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990878000 |
| 1450 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990878086 |
| 1451 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990992607 |
| 1452 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990992683 |
| 1453 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990992775 |
| 1454 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990998586 |
| 1455 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990998982 |
| 1456 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990999156 |
| 1457 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg | 210 szt. | 05909990731954 |
| 1458 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 05909990731985 |
| 1459 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990732074 |
| 1460 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990732227 |
| 1461 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 05909990732333 |
| 1462 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909991049294 |
| 1463 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991049355 |
| 1464 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991049393 |
| 1465 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990990085 |
| 1466 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990990092 |
| 1467 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990990108 |
| 1468 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990988198 |
| 1469 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990988204 |
| 1470 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990988242 |
| 1471 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990983582 |
| 1472 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990983803 |
| 1473 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990983971 |
| 1474 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 05909990013685 |
| 1475 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 05909990013890 |
| 1476 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 05909990013586 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------|---|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1477 | Ropinirolum | Requip, tabl. powł., 5 mg | 21 szt. | 05909990013968 |
| 1478 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990644728 |
| 1479 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990644612 |
| 1480 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990644636 |
| 1481 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg | 84 szt. | 05909991033781 |
| 1482 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg | 84 szt. | 05909991033798 |
| 1483 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg | 84 szt. | 05909991033804 |
| 1484 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990855766 |
| 1485 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990855773 |
| 1486 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909991391485 |
| 1487 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990855780 |
| 1488 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909991391683 |
| 1489 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 05909990963874 |
| 1490 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 05909990964239 |
| 1491 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 05909990964321 |
| 1492 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991021184 |
| 1493 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991021337 |
| 1494 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991021375 |
| 1495 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991000141 |
| 1496 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 10 mg | 90 szt. | 05909991375799 |
| 1497 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991000158 |
| 1498 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909991476984 |
| 1499 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 20 mg | 90 szt. | 05909991375812 |
| 1500 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991000165 |
| 1501 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991000103 |
| 1502 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powł., 5 mg | 90 szt. | 05909991375775 |
| 1503 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990919604 |
| 1504 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 15 mg | 30 szt. | 05909991435950 |
| 1505 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990919659 |
| 1506 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 30 mg | 30 szt. | 05909991435981 |
| 1507 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990919673 |
| 1508 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05909990919574 |
| 1509 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991085674 |
| 1510 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909991085698 |
| 1511 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991085759 |
| 1512 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 20 mg | 56 szt. | 05909991085773 |
| 1513 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991085841 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1514 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 40 mg | 56 szt. | 05909991085865 |
| 1515 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991085599 |
| 1516 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909991085636 |
| 1517 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991425883 |
| 1518 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991425906 |
| 1519 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991425920 |
| 1520 | Rosuvastatinum | Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909991422875 |
| 1521 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990895250 |
| 1522 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 15 mg | 28 szt. | 05909990895380 |
| 1523 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 15 mg | 56 szt. | 05909990895403 |
| 1524 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990895533 |
| 1525 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909990895663 |
| 1526 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 30 mg | 56 szt. | 05909990895687 |
| 1527 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990895786 |
| 1528 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990895106 |
| 1529 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 05909990895304 |
| 1530 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 15 mg | 90 tabl. | 05909990895458 |
| 1531 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 05909990895588 |
| 1532 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 30 mg | 90 tabl. | 05909990895724 |
| 1533 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 05909990895892 |
| 1534 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 05909990895182 |
| 1535 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990791743 |
| 1536 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 10 mg | 84 szt. | 05909990791781 |
| 1537 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990791873 |
| 1538 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 20 mg | 84 szt. | 05909990791927 |
| 1539 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 40 mg | 84 szt. | 05909990792061 |
| 1540 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990791606 |
| 1541 | Rosuvastatinum | Suwardio, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990792009 |
| 1542 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990802623 |
| 1543 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 10 mg | 56 szt. | 05909990802647 |
| 1544 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 15 mg | 28 szt. | 05909991333959 |
| 1545 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 15 mg | 56 szt. | 05909991333973 |
| 1546 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990802685 |
| 1547 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 20 mg | 56 szt. | 05909990802708 |
| 1548 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 30 mg | 28 szt. | 05909991334062 |
| 1549 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 30 mg | 56 szt. | 05909991334086 |
| 1550 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990802753 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-----------------------------|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1551 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 40 mg | 56 szt. | 05909990802777 |
| 1552 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 5 mg | 28 szt. | 05909990802562 |
| 1553 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powł., 5 mg | 56 szt. | 05909990802586 |
| 1554 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990777785 |
| 1555 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 15 mg | 56 szt. | 05997001369333 |
| 1556 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 15 mg | 90 szt. | 05909991347079 |
| 1557 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990777839 |
| 1558 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 30 mg | 56 szt. | 05997001369340 |
| 1559 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powł., 30 mg | 90 szt. | 05909991347109 |
| 1560 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 05909990777853 |
| 1561 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powł., 10 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707057 |
| 1562 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Coroswera, tabl. powł., 20 + 10 mg | 30 szt. | 03838989707064 |
| 1563 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003352 |
| 1564 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003369 |
| 1565 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003321 |
| 1566 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003338 |
| 1567 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 28 szt. | 05906414003383 |
| 1568 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg | 56 szt. | 05906414003390 |
| 1569 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463816 |
| 1570 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463830 |
| 1571 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Rozesta, tabl., 5 + 10 mg | 30 szt. | 05909991463762 |
| 1572 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708493 |
| 1573 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 10 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709315 |
| 1574 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708509 |
| 1575 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 20 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709322 |
| 1576 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 30 szt. | 05907626708486 |
| 1577 | Rosuvastatinum + Ezetimibum | Suwardio Plus, tabl., 5 + 10 mg | 60 szt. | 05907626709308 |
| 1578 | Salbutamololum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 1579 | Salbutamololum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 1580 | Salbutamololum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 1581 | Salbutamololum | Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 200 daw. | 05909990764150 |
| 1582 | Salbutamololum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 1583 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 |
| 1584 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 |
| 1585 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 |
| 1586 | Salmeterolum | Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę | 120 dawek | 05909990867653 |
| 1587 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------------|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1588 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 1589 | Selegilini hydrochloridum | Segan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 05909990746026 |
| 1590 | Selegilinum | Selgres, tabl. powł., 5 mg | 50 szt. | 05909990404315 |
| 1591 | Sertraline | Asertin 100, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990422685 |
| 1592 | Sertraline | Asertin 50, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990422692 |
| 1593 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powł., 100 mg | 30 tabl. | 05909991355739 |
| 1594 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powł., 50 mg | 30 tabl. | 05909991355654 |
| 1595 | Sertralinum | Asentra, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990963317 |
| 1596 | Sertralinum | Asentra, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990963218 |
| 1597 | Sertralinum | Miravil, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990804368 |
| 1598 | Sertralinum | Miravil, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990804344 |
| 1599 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909991279615 |
| 1600 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909991279622 |
| 1601 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 100 mg | 84 szt. | 05909991279660 |
| 1602 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909991279516 |
| 1603 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909991279523 |
| 1604 | Sertralinum | Sastium, tabl. powł., 50 mg | 84 szt. | 05909991279561 |
| 1605 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990046621 |
| 1606 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990046690 |
| 1607 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990919987 |
| 1608 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990919888 |
| 1609 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990663163 |
| 1610 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990663040 |
| 1611 | Sertralinum | Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg | 30 szt. | 05909990571963 |
| 1612 | Sertralinum | Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990571925 |
| 1613 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powł., 50 mg | 30 szt. | 05909990994816 |
| 1614 | Sertralinum | Zolof, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990753215 |
| 1615 | Sertralinum | Zolof, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990753116 |
| 1616 | Sertralinum | Zotral, tabl. powł., 100 mg | 28 szt. | 05909990569472 |
| 1617 | Sertralinum | Zotral, tabl. powł., 50 mg | 28 szt. | 05909990013982 |
| 1618 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990618279 |
| 1619 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990618286 |
| 1620 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990618293 |
| 1621 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990649532 |
| 1622 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990649655 |
| 1623 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991019723 |
| 1624 | Simvastatinum | Simratio 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991019822 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-----------------------|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1625 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909991019945 |
| 1626 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990940110 |
| 1627 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990940219 |
| 1628 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990940318 |
| 1629 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990941025 |
| 1630 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990941124 |
| 1631 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990941223 |
| 1632 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990743650 |
| 1633 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990743667 |
| 1634 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990623273 |
| 1635 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990623297 |
| 1636 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990623334 |
| 1637 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990731565 |
| 1638 | Simvastatinum | Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990731671 |
| 1639 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990723591 |
| 1640 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990723812 |
| 1641 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990723829 |
| 1642 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990724031 |
| 1643 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05907553016012 |
| 1644 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05907553016029 |
| 1645 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990927616 |
| 1646 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990927715 |
| 1647 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990927838 |
| 1648 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990914012 |
| 1649 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990914111 |
| 1650 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. | 05909990982714 |
| 1651 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991073114 |
| 1652 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909991073213 |
| 1653 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909990935116 |
| 1654 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. | 05909990055722 |
| 1655 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 20 mg | 30 szt. | 05909990935215 |
| 1656 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powł., 40 mg | 30 szt. | 05909990935314 |
| 1657 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990365913 |
| 1658 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powł., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990366026 |
| 1659 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powł., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990769124 |
| 1660 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05906414003758 |
| 1661 | Solifenacini succinas | Adablok, tabl. powł., 5 mg | 30 szt. | 05906414003741 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1662 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991349325 |
| 1663 | Solifenacini succinas | Afenix, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991349226 |
| 1664 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991405960 |
| 1665 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 05909991405991 |
| 1666 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991405922 |
| 1667 | Solifenacini succinas | Beloflow, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 05909991405953 |
| 1668 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991339135 |
| 1669 | Solifenacini succinas | Silamil, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991422394 |
| 1670 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991340896 |
| 1671 | Solifenacini succinas | Solifenacin Stada, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991340872 |
| 1672 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991351304 |
| 1673 | Solifenacini succinas | Solifurin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991351298 |
| 1674 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05901720140388 |
| 1675 | Solifenacini succinas | Solinco, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05901720140340 |
| 1676 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991371777 |
| 1677 | Solifenacini succinas | Soreca, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991371753 |
| 1678 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991312640 |
| 1679 | Solifenacini succinas | Uronorm, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991312633 |
| 1680 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991140069 |
| 1681 | Solifenacini succinas | Vesisol, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991139995 |
| 1682 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05906720536148 |
| 1683 | Solifenacini succinas | Vesoligo, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05906720536117 |
| 1684 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 05909991382315 |
| 1685 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 05909991382308 |
| 1686 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 100 szt. | 05909991382285 |
| 1687 | Solifenacini succinas | Zevesin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 05909991382278 |
| 1688 | Sotaloli hydrochloridum | Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg | 60 szt. | 05909991357160 |
| 1689 | Sotalolum | Sotahexal 160, tabl., 160 mg | 20 szt. | 05909990309115 |
| 1690 | Sotalolum | Sotahexal 80, tabl., 80 mg | 20 szt. | 05909990309016 |
| 1691 | Spiroolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990965977 |
| 1692 | Spiroolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990965861 |
| 1693 | Spiroolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990965854 |
| 1694 | Spiroolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 05909990965885 |
| 1695 | Spiroolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990965878 |
| 1696 | Spiroolactonum | Spirool 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 05909990673124 |
| 1697 | Spiroolactonum | Spirool, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 05909991244651 |
| 1698 | Spiroolactonum | Spirool, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 05909991244668 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|----------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1699 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 05909990110223 |
| 1700 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990110216 |
| 1701 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 05909990488513 |
| 1702 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 05909990488414 |
| 1703 | Spironolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 05909990117215 |
| 1704 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990864423 |
| 1705 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990864416 |
| 1706 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 05909990283323 |
| 1707 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 05909990283316 |
| 1708 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990283217 |
| 1709 | Tafluprostum | Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml | 1 but.po 3 ml | 05909991372927 |
| 1710 | Tafluprostum + Timololum | Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml | 30 poj. jednodawkowych 0,3 ml | 05909991220327 |
| 1711 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 120 szt. | 05900411005920 |
| 1712 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05900411005883 |
| 1713 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05900411005906 |
| 1714 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990622726 |
| 1715 | Tamsulosini hydrochloridum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05906414001501 |
| 1716 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990045006 |
| 1717 | Tamsulosini hydrochloridum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990900794 |
| 1718 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990894642 |
| 1719 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990894598 |
| 1720 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990573585 |
| 1721 | Tamsulosini hydrochloridum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909990573592 |
| 1722 | Tamsulosini hydrochloridum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990586196 |
| 1723 | Tamsulosini hydrochloridum | Prostammic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990573257 |
| 1724 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990048007 |
| 1725 | Tamsulosini hydrochloridum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991092184 |
| 1726 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990044382 |
| 1727 | Tamsulosini hydrochloridum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991136321 |
| 1728 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991332709 |
| 1729 | Tamsulosini hydrochloridum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990980451 |
| 1730 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570386 |
| 1731 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05907626708400 |
| 1732 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907626708417 |
| 1733 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 09008732011845 |
| 1734 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990565948 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|----------------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1735 | Tamsulosini hydrochloridum | Tamsugen 0,4 mg, kapsulki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990570690 |
| 1736 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990847808 |
| 1737 | Tamsulosini hydrochloridum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990430895 |
| 1738 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909991191221 |
| 1739 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 60 szt. | 05909991191214 |
| 1740 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 05909991199081 |
| 1741 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990566068 |
| 1742 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. | 05909990566075 |
| 1743 | Tamsulosini hydrochloridum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 05907587609235 |
| 1744 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990566280 |
| 1745 | Tamsulosini hydrochloridum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 05909997216393 |
| 1746 | Tamsulosinum | Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990716418 |
| 1747 | Tamsulosinum | Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 05909990219070 |
| 1748 | Telmisartan | Telmix, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990974887 |
| 1749 | Telmisartan | Telmix, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990974993 |
| 1750 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990891832 |
| 1751 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990891863 |
| 1752 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990440825 |
| 1753 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990936670 |
| 1754 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990936700 |
| 1755 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991060220 |
| 1756 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991060268 |
| 1757 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991391713 |
| 1758 | Telmisartanum | Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991391720 |
| 1759 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 05909991036768 |
| 1760 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991036867 |
| 1761 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 05909991229801 |
| 1762 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991461355 |
| 1763 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg | 28 szt. | 05909991388003 |
| 1764 | Telmisartanum | Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 05909991388034 |
| 1765 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991018429 |
| 1766 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991018436 |
| 1767 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990974863 |
| 1768 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990974979 |
| 1769 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990902002 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-----------------------------|----------------------------|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1770 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990902095 |
| 1771 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990818082 |
| 1772 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991423551 |
| 1773 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909991453060 |
| 1774 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991086626 |
| 1775 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991423568 |
| 1776 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909991453077 |
| 1777 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990818150 |
| 1778 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991423575 |
| 1779 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991453299 |
| 1780 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991086633 |
| 1781 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991423582 |
| 1782 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909991453305 |
| 1783 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909997077604 |
| 1784 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 tabl. | 05909997077628 |
| 1785 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 05909997077635 |
| 1786 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05901878600901 |
| 1787 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05903792743566 |
| 1788 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909997077673 |
| 1789 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05901878600864 |
| 1790 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05903792743542 |
| 1791 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 tabl. | 05909997077697 |
| 1792 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05901878600871 |
| 1793 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05903792743559 |
| 1794 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 05909997077703 |
| 1795 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990840472 |
| 1796 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 40 mg | 56 szt. | 05909990840489 |
| 1797 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990840557 |
| 1798 | Telmisartanum | Toptelmi, tabl., 80 mg | 56 szt. | 05909990840564 |
| 1799 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 05909990941841 |
| 1800 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909990941926 |
| 1801 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05903060616684 |
| 1802 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05903060616660 |
| 1803 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05903060616721 |
| 1804 | Telmisartanum + Amlodipinum | Telam, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05903060616707 |
| 1805 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+10 mg | 28 szt. | 05909991338626 |
| 1806 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 40+5 mg | 28 szt. | 05909991338541 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|--------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1807 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+10 mg | 28 szt. | 05909991338787 |
| 1808 | Telmisartanum + Amlodipinum | Teldipin, tabl., 80+5 mg | 28 szt. | 05909991338701 |
| 1809 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991056247 |
| 1810 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991056773 |
| 1811 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991080051 |
| 1812 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991080174 |
| 1813 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909991020026 |
| 1814 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909990653027 |
| 1815 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079451 |
| 1816 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991079598 |
| 1817 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991079703 |
| 1818 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388157 |
| 1819 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991388188 |
| 1820 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991388218 |
| 1821 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073732 |
| 1822 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991073848 |
| 1823 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991073909 |
| 1824 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991410667 |
| 1825 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991421816 |
| 1826 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417932 |
| 1827 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991417963 |
| 1828 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmix Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991418007 |
| 1829 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082338 |
| 1830 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991082529 |
| 1831 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082598 |
| 1832 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991095994 |
| 1833 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096007 |
| 1834 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991096038 |
| 1835 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991096045 |
| 1836 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991096069 |
| 1837 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991096076 |
| 1838 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045180 |
| 1839 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045203 |
| 1840 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045265 |
| 1841 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991045692 |
| 1842 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991045722 |
| 1843 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 84 szt. | 05909991045746 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---|---|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1844 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991045807 |
| 1845 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991045852 |
| 1846 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 84 szt. | 05909991045876 |
| 1847 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081874 |
| 1848 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081898 |
| 1849 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991081942 |
| 1850 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991081966 |
| 1851 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 28 szt. | 05909991082062 |
| 1852 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg | 56 szt. | 05909991082086 |
| 1853 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226381 |
| 1854 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330040 |
| 1855 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991226398 |
| 1856 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909991330057 |
| 1857 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 05909991226404 |
| 1858 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 05909991330064 |
| 1859 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990768011 |
| 1860 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. | 05909990767816 |
| 1861 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990767915 |
| 1862 | Terazosinum | Komam, tabl., 2 mg | 30 szt. | 05909990484119 |
| 1863 | Terazosinum | Komam, tabl., 5 mg | 30 szt. | 05909990484317 |
| 1864 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990621057 |
| 1865 | Terbinafinum | Erfin, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990621064 |
| 1866 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 14 szt. | 05909990419043 |
| 1867 | Terbinafinum | Myconafine, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990419050 |
| 1868 | Terbinafinum | Zelefion, tabl., 250 mg | 28 szt. | 05909990645503 |
| 1869 | tert-Butylamini Perindoprilum | Prelessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990662494 |
| 1870 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990653614 |
| 1871 | tert-Butylamini Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990653621 |
| 1872 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 30 szt. | 05909990908165 |
| 1873 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 30 szt. | 05909990908134 |
| 1874 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 30 szt. | 05909990908240 |
| 1875 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 30 szt. | 05909990908196 |
| 1876 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001860 |
| 1877 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001877 |
| 1878 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001839 |
| 1879 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001846 |
| 1880 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 30 szt. | 05906414001921 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1881 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 60 szt. | 05906414001938 |
| 1882 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 30 szt. | 05906414001891 |
| 1883 | tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum | Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 60 szt. | 05906414001907 |
| 1884 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. | 05909990746569 |
| 1885 | tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 05909990850167 |
| 1886 | Theophylline | Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. | 05909990803910 |
| 1887 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. | 09120099670104 |
| 1888 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. | 09120099670111 |
| 1889 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990261215 |
| 1890 | Ticlopidini hydrochloridum | Aclotin, tabl. powł., 0,25 g | 20 szt. | 05909990667116 |
| 1891 | Ticlopidini hydrochloridum | Aclotin, tabl. powł., 0,25 g | 60 szt. | 05909990334971 |
| 1892 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 05909990187713 |
| 1893 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml | 5 ml | 05909990073610 |
| 1894 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml | 05909990073719 |
| 1895 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 05909991299545 |
| 1896 | Tiotropium | Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną | 1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat | 05909990735839 |
| 1897 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. | 05909990985111 |
| 1898 | Tiotropium | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. | 05909990985128 |
| 1899 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 05909991253998 |
| 1900 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 05909991254001 |
| 1901 | Tolterodini hydrogenotartras | Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg | 28 szt. | 05909990648641 |
| 1902 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991055271 |
| 1903 | Tolterodini tartras | Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 90 szt. | 05909991139520 |
| 1904 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991035235 |
| 1905 | Tolterodini tartras | Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991035549 |
| 1906 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 28 szt. | 05909991023485 |
| 1907 | Tolterodini tartras | Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 28 szt. | 05909991023522 |
| 1908 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg | 60 szt. | 05909991008642 |
| 1909 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991008666 |
| 1910 | Tolterodini tartras | Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 60 szt. | 05909991008680 |
| 1911 | Tolterodini tartras | Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg | 30 szt. | 05909991437473 |
| 1912 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05906414003161 |
| 1913 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05906414003178 |
| 1914 | Travoprostum | Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05900411002554 |
| 1915 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990942619 |
| 1916 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909991197629 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|-------------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1917 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 poj.a 2,5 ml | 05909991321949 |
| 1918 | Travoprostum | Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 3 poj.a 2,5 ml | 05909991321956 |
| 1919 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 05909990586172 |
| 1920 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991347802 |
| 1921 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 3 but.a 2,5 ml | 05909991347819 |
| 1922 | Travoprostum + Timololum | Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 4 but.a 2,5 ml | 05909991347826 |
| 1923 | Travoprostum + Timololum | Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991447106 |
| 1924 | Travoprostum + Timololum | Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.a 2,5 ml | 05909991350420 |
| 1925 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. | 05909990918720 |
| 1926 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909990715497 |
| 1927 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. | 05909990918621 |
| 1928 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 30 szt. | 05909991094645 |
| 1929 | Trazodoni hydrochloridum | Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 30 szt. | 05909991094799 |
| 1930 | Umeclidinii bromidum | Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg | 30 daw. | 05909991108953 |
| 1931 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg | 1 inhalator po 30 dawek | 05909991108984 |
| 1932 | Valsartanum | Avasart, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990773763 |
| 1933 | Valsartanum | Avasart, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990773695 |
| 1934 | Valsartanum | Bespres, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751877 |
| 1935 | Valsartanum | Bespres, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990751594 |
| 1936 | Valsartanum | Diovan, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990929214 |
| 1937 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990831067 |
| 1938 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg | 56 szt. | 05909990831081 |
| 1939 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909990831159 |
| 1940 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990830961 |
| 1941 | Valsartanum | Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg | 56 szt. | 05909990830985 |
| 1942 | Valsartanum | Tensart, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990682065 |
| 1943 | Valsartanum | Tensart, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990681877 |
| 1944 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074969 |
| 1945 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 60 szt. | 05909990818983 |
| 1946 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg | 90 szt. | 05909990818990 |
| 1947 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909990779147 |
| 1948 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909991455798 |
| 1949 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg | 28 szt. | 05909991460914 |
| 1950 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 05909990074945 |
| 1951 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 60 szt. | 05909990818853 |
| 1952 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg | 90 szt. | 05909990818860 |
| 1953 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909991282608 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|------------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1954 | Valsartanum | Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909991282455 |
| 1955 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990804580 |
| 1956 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 160 mg | 56 szt. | 05909991088118 |
| 1957 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990804542 |
| 1958 | Valsartanum | Valtap, tabl. powł., 80 mg | 56 szt. | 05909991088101 |
| 1959 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 szt. | 05909991202330 |
| 1960 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 05909991202286 |
| 1961 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powł., 160 mg | 28 szt. | 05909990827480 |
| 1962 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powł., 80 mg | 28 szt. | 05909990827459 |
| 1963 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg | 28 szt. | 05909991325749 |
| 1964 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909991325572 |
| 1965 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990874255 |
| 1966 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991282028 |
| 1967 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909991305949 |
| 1968 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990740864 |
| 1969 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740833 |
| 1970 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829989 |
| 1971 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909990830008 |
| 1972 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990830107 |
| 1973 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg | 56 szt. | 05909990830138 |
| 1974 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990830176 |
| 1975 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990830244 |
| 1976 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990829927 |
| 1977 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg | 56 szt. | 05909990829941 |
| 1978 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990740246 |
| 1979 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740253 |
| 1980 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740260 |
| 1981 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990740277 |
| 1982 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 56 tabl. | 05909990740284 |
| 1983 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg | 98 szt. | 05909990740291 |
| 1984 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg | 28 szt. | 05909990847464 |
| 1985 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg | 28 szt. | 05909990847501 |
| 1986 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 tabl. | 05909990740192 |
| 1987 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg | 56 tabl. | 05909990740208 |
| 1988 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg | 98 szt. | 05909990740239 |
| 1989 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704132 |
| 1990 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990704262 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|------------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1991 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990801961 |
| 1992 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg | 56 szt. | 05909991067557 |
| 1993 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990802005 |
| 1994 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg | 56 szt. | 05909991067564 |
| 1995 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862375 |
| 1996 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg | 28 szt. | 05909990862399 |
| 1997 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg | 28 szt. | 05909990862351 |
| 1998 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. | 05909991197735 |
| 1999 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 szt. | 05909991197728 |
| 2000 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990047956 |
| 2001 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991383886 |
| 2002 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 30 szt. | 05909991394400 |
| 2003 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990047901 |
| 2004 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990047895 |
| 2005 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991383978 |
| 2006 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 30 szt. | 05909991394318 |
| 2007 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660650 |
| 2008 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660636 |
| 2009 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990660643 |
| 2010 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990494019 |
| 2011 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990493913 |
| 2012 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990715374 |
| 2013 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990715299 |
| 2014 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990715350 |
| 2015 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990721528 |
| 2016 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990721498 |
| 2017 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990721504 |
| 2018 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990691883 |
| 2019 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990691760 |
| 2020 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990691906 |
| 2021 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991377168 |
| 2022 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909991377502 |
| 2023 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991377359 |
| 2024 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990795826 |
| 2025 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 05909990795833 |
| 2026 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990795802 |
| 2027 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 98 szt. | 05909990795819 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|------|---------------------|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2028 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990795789 |
| 2029 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 05909990795796 |
| 2030 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990727520 |
| 2031 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990727490 |
| 2032 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990727506 |
| 2033 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909991092030 |
| 2034 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909991091996 |
| 2035 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 kaps. | 05909991135096 |
| 2036 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 28 szt. | 05909991093815 |
| 2037 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 56 szt. | 05909991093822 |
| 2038 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 28 szt. | 05909991093914 |
| 2039 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 56 szt. | 05909991093921 |
| 2040 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990056293 |
| 2041 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990055982 |
| 2042 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990056279 |
| 2043 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 05909990767625 |
| 2044 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 05909990767601 |
| 2045 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. | 05909990424672 |
| 2046 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. | 05909990040971 |
| 2047 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. | 05909990040995 |
| 2048 | Verapamilum | Staveran 120, tabl. powł., 120 mg | 20 tabl. | 05909990045419 |
| 2049 | Verapamilum | Staveran 40, tabl. powł., 40 mg | 20 tabl. | 05909990045211 |
| 2050 | Verapamilum | Staveran 80, tabl. powł., 80 mg | 20 tabl. | 05909990045310 |
| 2051 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. | 05909990622368 |
| 2052 | Warfarinum natricum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990622382 |

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Acidum ursodeoxycholicum | 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 | Acidum ursodeoxycholicum | Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg | 50 szt. | 05909991325770 |
| 7 | Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909990054152 |
| 8 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 05909991245696 |
| 9 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306137 |
| 10 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306144 |
| 11 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991306151 |
| 12 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283629 |
| 13 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283650 |
| 14 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 05909991283698 |
| 15 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337354 |
| 16 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy) | 05909990337323 |
| 17 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 05909990337286 |
| 18 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223793 |
| 19 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991204082 |
| 20 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991223809 |
| 21 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 05909991203986 |
| 22 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335169 |
| 23 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335176 |
| 24 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002522 |
| 25 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 05906414002539 |
| 26 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg | 60 szt. | 05909990926213 |
| 27 | Budesonidum | Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg | 60 szt. | 05909990926312 |
| 28 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 05909991107925 |
| 29 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005696 |
| 30 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 05909991005733 |
| 31 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990677313 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 05909990677412 |
| 33 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445615 |
| 34 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445714 |
| 35 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909990445813 |
| 36 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991233099 |
| 37 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 05909991269784 |
| 38 | Budesonidum | Ribupspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 05909990335183 |
| 39 | Budesonidum | Ribupspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 05909990335190 |
| 40 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 60 dawek | 07613421020866 |
| 41 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 07613421047047 |
| 42 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 2 inh. po 60 dawek | 05907626709476 |
| 43 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 05909991137458 |
| 44 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991137625 |
| 45 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh. po 120 daw. | 05909990873074 |
| 46 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990873241 |
| 47 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 05909990872886 |
| 48 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 05909991136932 |
| 49 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991136963 |
| 50 | Carbamazepinum | Amizepin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909990043910 |
| 51 | Carbamazepinum | Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909991030315 |
| 52 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909991014216 |
| 53 | Carbamazepinum | Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg | 50 szt. | 05909991014223 |
| 54 | Carbamazepinum | Finlepsin, tabl., 200 mg | 50 szt. | 05909991014117 |
| 55 | Carbamazepinum | Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. | 05909990244515 |
| 56 | Carbamazepinum | Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg | 50 szt. | 05909990244614 |
| 57 | Carbamazepinum | Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg | 50 szt. | 05909990120215 |
| 58 | Carbamazepinum | Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg | 30 szt. | 05909990120116 |
| 59 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 100 ml | 05909990341917 |
| 60 | Carbamazepinum | Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml | 250 ml | 05909990341924 |
| 61 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212064 |
| 62 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218530 |
| 63 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 120 daw. | 05909990212057 |
| 64 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 1 poj. 60 daw. | 05909990218523 |
| 65 | Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana | VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|---------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990891528 |
| 68 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990774920 |
| 69 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 05909990048328 |
| 70 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990048427 |
| 71 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990774821 |
| 72 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990775026 |
| 73 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz. | 05906395161126 |
| 74 | Enoxaparinum natricum | Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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 + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 05909990917815 |
| 81 | Fenoteroli hydrobromidum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990376414 |
| 82 | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 05909990101917 |
| 83 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484621 |
| 84 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484720 |
| 85 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484522 |
| 86 | Fluticasoni propionas | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 05909990484829 |
| 87 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 05909990851423 |
| 88 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 05909990851416 |
| 89 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 05909990851522 |
| 90 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 05909990851515 |
| 91 | Fluticasoni propionas | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. | 05909990851317 |
| 92 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401771 |
| 93 | Fluticasoni propionas | Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh. | 120 daw. | 05909991401788 |
| 94 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785858 |
| 95 | Fluticasoni propionas | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909990785889 |
| 96 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274931 |
| 97 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 05909991274955 |
| 98 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991442064 |
| 99 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991447915 |
| 100 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034870 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--------------------------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 101 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448523 |
| 102 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034887 |
| 103 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448530 |
| 104 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 05909991034894 |
| 105 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 3 inh.po 60 dawek | 05909991448547 |
| 106 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534670 |
| 107 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05906720534687 |
| 108 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004732 |
| 109 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004749 |
| 110 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę | 1 inhalator 60 dawek | 05900411004756 |
| 111 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004763 |
| 112 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004787 |
| 113 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj. 120 dawek | 05900411004770 |
| 114 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403959 |
| 115 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403966 |
| 116 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną | 1 inhalator 120 dawek | 05909991403898 |
| 117 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383626 |
| 118 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną | 1 inh.po 60 daw. | 05909991383657 |
| 119 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034900 |
| 120 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034924 |
| 121 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 05909991034931 |
| 122 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907014 |
| 123 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990907113 |
| 124 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990906918 |
| 125 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832422 |
| 126 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832521 |
| 127 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990832620 |
| 128 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991078980 |
| 129 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler | 05909991079055 |
| 130 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 kaps. | 05909990938001 |
| 131 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 kaps. | 05909990938025 |
| 132 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990792924 |
| 133 | Formoteroli fumaras | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 180 szt. | 07613421020934 |
| 134 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 05909990937981 |
| 135 | Formoteroli fumaras | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. | 05909990975914 |
| 136 | Formoteroli fumaras dihydricus | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 120 daw. | 05909990620777 |
| 137 | Formoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. | 05909990614400 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|--|-------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 138 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909991218287 |
| 139 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt. | 05909991218294 |
| 140 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 05909990337446 |
| 141 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445219 |
| 142 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 05909990445318 |
| 143 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 120 szt. | 05909990996681 |
| 144 | Fomoteroli fumaras dihydricus | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 kaps. | 05909990849000 |
| 145 | Hydrocortisonum | Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg | 60 szt. | 05909991218140 |
| 146 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909991378059 |
| 147 | Insulinum aspartum | Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991306298 |
| 148 | Insulinum aspartum | Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar | 05909991429171 |
| 149 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990879915 |
| 150 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 05909990614981 |
| 151 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990451814 |
| 152 | Insulinum aspartum | NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909991369668 |
| 153 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909991107833 |
| 154 | Insulinum degludecum | Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml | 3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch) | 05909991107864 |
| 155 | Insulinum degludecum + Insulinum aspartum | Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml Penfill | 05909991371562 |
| 156 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfill) | 05909990005741 |
| 157 | Insulinum glarginum | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909991201982 |
| 158 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990895717 |
| 159 | Insulinum glarginum | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990617555 |
| 160 | Insulinum glarginum | Toujco, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 05909991231538 |
| 161 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 05909990008483 |
| 162 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990008575 |
| 163 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz. SoloStar po 3 ml | 05909990617197 |
| 164 | Insulinum humanum | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990237920 |
| 165 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958566 |
| 166 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853113 |
| 167 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958573 |
| 168 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853311 |
| 169 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958580 |
| 170 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990853519 |
| 171 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958597 |
| 172 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852413 |
| 173 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990958603 |
| 174 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990852116 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---------------------|---|----------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 175 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246014 |
| 176 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990246717 |
| 177 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990247011 |
| 178 | Insulinum humanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348923 |
| 179 | Insulinum humanum | Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672448 |
| 180 | Insulinum humanum | Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672585 |
| 181 | Insulinum humanum | Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 05909990672363 |
| 182 | Insulinum humanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990238323 |
| 183 | Insulinum humanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990348121 |
| 184 | Insulinum humanum | Polhumix Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022921 |
| 185 | Insulinum humanum | Polhumix Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023027 |
| 186 | Insulinum humanum | Polhumix Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023126 |
| 187 | Insulinum humanum | Polhumix Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991023324 |
| 188 | Insulinum humanum | Polhumix N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022525 |
| 189 | Insulinum humanum | Polhumix R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909991022822 |
| 190 | Insulinum lisprum | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455010 |
| 191 | Insulinum lisprum | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990455614 |
| 192 | Insulinum lisprum | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 05909990692422 |
| 193 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml | 10 wstrz. 3 ml SoloStar | 05909991333553 |
| 194 | Insulinum lisprum | Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05907677973123 |
| 195 | Insulinum lisprum | Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml | 5 wstrzyk. po 3 ml | 05999885490165 |
| 196 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml | 1 fiol. a 10 ml | 05909990005482 |
| 197 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 05909990005536 |
| 198 | Ipratropii bromidum | Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909991185879 |
| 199 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 05909990999019 |
| 200 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 05909990322114 |
| 201 | Lamotryginum | Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990334766 |
| 202 | Lamotryginum | Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990334759 |
| 203 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990038480 |
| 204 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990038701 |
| 205 | Lamotryginum | Lamilept, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990038565 |
| 206 | Lamotryginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg | 30 szt. | 05909990787319 |
| 207 | Lamotryginum | Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg | 30 szt. | 05909990787210 |
| 208 | Lamotryginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990346318 |
| 209 | Lamotryginum | Lamitrin, tabl., 100 mg | 60 szt. | 05909990346325 |
| 210 | Lamotryginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909991006617 |
| 211 | Lamotryginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 05909990961092 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-------------------|---|---------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 212 | Lamotryginum | Lamotrix, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991006419 |
| 213 | Lamotryginum | Lamotrix, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909991006518 |
| 214 | Lamotryginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990972616 |
| 215 | Lamotryginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909990972418 |
| 216 | Lamotryginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 05909991138349 |
| 217 | Lamotryginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990972517 |
| 218 | Levetiracetamum | Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml | 05909990928149 |
| 219 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990928248 |
| 220 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990928200 |
| 221 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990928224 |
| 222 | Levetiracetamum | Cezarius, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990928231 |
| 223 | Levetiracetamum | Kepra, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml | 05909990006755 |
| 224 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990989805 |
| 225 | Levetiracetamum | Levebon, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990989379 |
| 226 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml | 05909991374518 |
| 227 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991374501 |
| 228 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990921751 |
| 229 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990921737 |
| 230 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990921492 |
| 231 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990921591 |
| 232 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990921577 |
| 233 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990921652 |
| 234 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg | 100 szt. | 05909990921522 |
| 235 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg | 100 szt. | 05909990921676 |
| 236 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml | 05909991361372 |
| 237 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990971305 |
| 238 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg | 50 szt. | 05909990970957 |
| 239 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990971060 |
| 240 | Levetiracetamum | Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990971183 |
| 241 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml | 300 ml (but.) | 05909990958672 |
| 242 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 100 szt. | 05909990959167 |
| 243 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990959129 |
| 244 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 100 szt. | 05909990959037 |
| 245 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 05909990958986 |
| 246 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 100 szt. | 05909990958894 |
| 247 | Levetiracetamum | Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg | 50 szt. | 05909990958856 |
| 248 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powl., 1000 mg | 50 szt. | 05909990998302 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-------------------------|------------------------------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 249 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990998135 |
| 250 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990998180 |
| 251 | Levetiracetamum | Normeg, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909990998258 |
| 252 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 1000 mg | 100 szt. | 05909991032043 |
| 253 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909991031992 |
| 254 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909991031497 |
| 255 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909991031640 |
| 256 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909991031602 |
| 257 | Levetiracetamum | Polkepral, tabl. powł., 750 mg | 50 szt. | 05909991031886 |
| 258 | Levetiracetamum | Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml | 1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem | 05909990925841 |
| 259 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 1000 mg | 100 szt. | 05909990925957 |
| 260 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 1000 mg | 50 szt. | 05909990925940 |
| 261 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 250 mg | 50 szt. | 05909990925858 |
| 262 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 500 mg | 100 szt. | 05909990925889 |
| 263 | Levetiracetamum | Trund, tabl. powł., 500 mg | 50 szt. | 05909990925872 |
| 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 | Eferox, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991431914 |
| 272 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991431907 |
| 273 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991431891 |
| 274 | Levothyroxinum natricum | Eferox, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991431884 |
| 275 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. | 05909991051426 |
| 276 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909991051419 |
| 277 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. | 05909990719006 |
| 278 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. | 05909991051525 |
| 279 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991051518 |
| 280 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. | 05909990719037 |
| 281 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. | 05909991051624 |
| 282 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909991051617 |
| 283 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. | 05909991051716 |
| 284 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. | 05909991051815 |
| 285 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. | 05909991051129 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|--|--|------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 286 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. | 05909991051112 |
| 287 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. | 05909991051228 |
| 288 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909991051211 |
| 289 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. | 05909991051327 |
| 290 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991051310 |
| 291 | Levothyroxinum natriicum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. | 05909990718986 |
| 292 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. | 05909990168910 |
| 293 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 05909991107307 |
| 294 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 05909990820610 |
| 295 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. | 05909990374014 |
| 296 | Levothyroxinum natriicum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 05909991107260 |
| 297 | Methylprednisoloni acetat | Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990154814 |
| 298 | Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum | Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 05909990236312 |
| 299 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 16 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 05909990683215 |
| 300 | Methylprednisolonum | Medrol, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 05909990683123 |
| 301 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990835539 |
| 302 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990834501 |
| 303 | Methylprednisolonum | Meprelon, tabl., 8 mg | 30 szt. | 05909990834464 |
| 304 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 16 mg | 30 szt. | 05909990316618 |
| 305 | Methylprednisolonum | Metypred, tabl., 4 mg | 30 szt. | 05909990316519 |
| 306 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. | 05909990034529 |
| 307 | Metoprololi tartras | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. | 05909990034420 |
| 308 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 poj.po 60 daw. | 05909991106638 |
| 309 | Montelukastum | Asmenol, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 05909990670758 |
| 310 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990881758 |
| 311 | Montelukastum | Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990881772 |
| 312 | Montelukastum | Astmodil, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990881734 |
| 313 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990668144 |
| 314 | Montelukastum | Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990668120 |
| 315 | Montelukastum | Milukante, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990668137 |
| 316 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990662685 |
| 317 | Montelukastum | Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990662647 |
| 318 | Montelukastum | Monkasta, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990671243 |
| 319 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990871650 |
| 320 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990871766 |
| 321 | Montelukastum | Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990871858 |
| 322 | Montelukastum | Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991329235 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|-----------------------|---|------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 323 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990803743 |
| 324 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990803767 |
| 325 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990780266 |
| 326 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg | 30 szt. | 05909991457013 |
| 327 | Montelukastum | Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg | 60 szt. | 05907626703481 |
| 328 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990893188 |
| 329 | Montelukastum | Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990893263 |
| 330 | Montelukastum | Orilukast, tabl., 10 mg | 28 szt. | 05909990893294 |
| 331 | Montelukastum | Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909990671090 |
| 332 | Montelukastum | Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909990671052 |
| 333 | Montelukastum | Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909990671076 |
| 334 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg | 28 szt. | 05909991007263 |
| 335 | Montelukastum | Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg | 28 szt. | 05909991007270 |
| 336 | Montelukastum | Romilast, tabl. powł., 10 mg | 28 szt. | 05909991007300 |
| 337 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 05909990075621 |
| 338 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 05909990716821 |
| 339 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990075720 |
| 340 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990716920 |
| 341 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990075829 |
| 342 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 05909990836932 |
| 343 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 05909990837038 |
| 344 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 05909990837137 |
| 345 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powł., 150 mg | 50 szt. | 05909990048809 |
| 346 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powł., 300 mg | 50 szt. | 05909990048823 |
| 347 | Oxcarbazepinum | Karbagen, tabl. powł., 600 mg | 50 szt. | 05909990048854 |
| 348 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 150 mg | 50 tabl. | 05909991303518 |
| 349 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg | 50 tabl. | 05909991300661 |
| 350 | Oxcarbazepinum | Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 600 mg | 50 tabl. | 05909991300739 |
| 351 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 300 mg | 50 szt. | 05909991057480 |
| 352 | Oxcarbazepinum | Oxepilax, tabl., 600 mg | 50 szt. | 05909991057497 |
| 353 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powł., 300 mg | 50 szt. | 05909990825615 |
| 354 | Oxcarbazepinum | Trileptal, tabl. powł., 600 mg | 50 szt. | 05909990825714 |
| 355 | Oxcarbazepinum | Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml | 250 ml | 05909990747115 |
| 356 | Prednisolonum | Encortolon, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05904374007946 |
| 357 | Prednisolonum | Predasol, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909991356712 |
| 358 | Prednisonum | Encorton, tabl., 1 mg | 20 szt. | 05909991289416 |
| 359 | Prednisonum | Encorton, tabl., 10 mg | 20 szt. | 05909990405312 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka leku | Zawartość opakowania | Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt |
|-----|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 360 | Prednisonum | Encorton, tabl., 20 mg | 20 szt. | 05909990405411 |
| 361 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 05909990641192 |
| 362 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 20 szt. | 05909990641185 |
| 363 | Progesteronum | Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg | 30 szt. | 05906414002355 |
| 364 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 30 szt. | 05909991076207 |
| 365 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg | 60 szt. | 05909991103231 |
| 366 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg | 30 szt. | 05909991076238 |
| 367 | Progesteronum | Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg | 30 szt. | 05909990569380 |
| 368 | Salbutamolom | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.a 200 dawek (10 ml) | 05909990848065 |
| 369 | Salbutamolom | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991106928 |
| 370 | Salbutamolom | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 05909991107826 |
| 371 | Salbutamolom | Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 200 daw. | 05909990764150 |
| 372 | Salbutamolom | Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml | 1 but.po 100 ml | 05909990317516 |
| 373 | Salbutamolom | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 05909990442010 |
| 374 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. | 05909991109424 |
| 375 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. | 05909991109431 |
| 376 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh. | 120 szt. | 05909991206390 |
| 377 | Salmeterolum | Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę | 120 dawek | 05909990867653 |
| 378 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 05909990437825 |
| 379 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 05909990623099 |
| 380 | Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana) | Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka | 1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą | 05909991347352 |